

기초지방자치단체
보건분야 예산액의 결정요인

The determinants of health care expenditure
in local government

연세대학교 대학원
보건행정학과
고 은 비

기초지방자치단체
보건분야 예산액의 결정요인


지도 이 해 종 교수


이 논문을 석사 학위논문으로 제출함


2014년 7월

연세대학교 대학원
보건행정학과

고은비의 석사 학위논문을 인준함

심사위원 이 해종 

심사위원 정 형선 

심사위원 이 광수 

연세대학교 대학원

2014년 7월

차 례

I. 서론	1
1. 연구배경 및 필요성	1
2. 연구목적	3
II. 이론적 배경	4
1. 지방재정 및 지방 세출예산의 정의	4
2. 재정지출 결정요인 이론	7
2.1. 사회·경제적 모형	7
2.2. 정치적 모형	10
2.3. 점증주의 모형	11
2.4. 각 분야 특성에 따른 영향 요인	11
2.5. 연구가설	13
III. 연구방법	14
1. 연구 모형	14
2. 연구 대상 및 자료	15
3. 변수 선정	16
4. 분석 방법	20
IV. 연구 결과	21
1. 일반적 특성	21
1.1. 사회·경제적 요인의 특성	21
1.2. 정치적 요인의 특성	24

1.3. 보건분야 요인의 특성	27
1.4. 보건분야 예산	30
1.5 가설에 따른 주민 1인당 보건분야 예산액	33
2. 주민 1인당 보건분야 예산액 관련 요인	37
2.1. 상관관계 분석 및 다중공선성	37
2.2. 위계적 다중회귀분석 결과	39
2.3. 패널분석 결과	42
V. 고찰	44
1. 연구결과에 대한 고찰	44
2. 연구의 제한점	48
VI. 결론	49
참고문헌	51

표 차례

표 1. 세출예산 기능별 분류	5
표 2. 2012년 보건분야 세출예산	6
표 3. 변수 설명 및 출처	19
표 4. 사회·경제적 요인 특성	23
표 5. 지방자치단체장 성향	25
표 6. 지방자치단체 의회 성향	26
표 7. 보건분야 요인 특성	29
표 8. 보건분야 예산	32
표 9. 독립변수 간 상관관계	38
표 10. 다중공선성 진단 결과	39
표 11. 주민 1인당 보건분야 예산액 관련 요인 위계적 다중회귀분석	41
표 12. 주민 1인당 보건분야 예산액 관련 패널분석(고정효과 모형)	43

그림 차례

<그림 1> 연구 모형	14
<그림 2> 1인당 보건예산액 정규분포 검증	17
<그림 3> log 치환 1인당 보건예산액 정규분포 검증	18
<그림 4> 연도별 보건예산액 추이	30
<그림 5> 기초생활수급자비율에 따른 평균 주민 1인당 보건분야 예산액	33
<그림 6> 지방자치단체장의 정치적 성향에 따른 평균 주민 1인당 보건분야 예산액	34
<그림 7> 지방의회의 정치적 성향에 따른 평균 주민 1인당 보건분야 예산액	35
<그림 8> 건강도시 실시여부에 따른 평균 주민 1인당 보건분야 예산액	36

국 문 요 약

기초지방자치단체 보건분야 예산 결정요인

본 연구는 전국 227개 기초지방자치단체를 대상으로 보건분야 예산액의 결정 요인을 파악하는데 목적을 가진다. 안전행정부 재정고 홈페이지 자료, 통계청 자료, 보건복지부의 국민기초생활보장 수급자 현황 자료, 중앙선거관리위원회의 자료를 이용하여 분석하였다. 모든 자료의 대상 기간은 2009년부터 2012년까지 총 4개년도로 한다.

본 연구의 가설은 다음과 같다. 첫째, 기초생활수급권자의 비율이 높을수록 보건분야의 예산이 높아질 것이다. 둘째, 지방자치단체의 정치적 성향에 따라 보건분야 예산이 다를 것이다. 셋째, 건강도시를 실시하는 지방자치단체의 보건분야 예산이 많을 것이다.

재정지출 결정요인 이론을 따라 변수를 설정하였으며 사회·경제적 요인(지방자치단체 유형, 노인인구비율, 기초생활수급자비율, 주민 1인당 지방세부담액), 정치적 요인(기초지방의회의 정치적 성향, 기초지방자치단체장 정당), 보건분야 특성 요인(인구 천명당 의료기관 병상수, 건강도시 실시여부, 음주율, 흡연율, 인구 10만명당 자살률)을 독립변수로 하였다. 각 지역의 주민 1인당 보건분야 예산액을 종속변수로 하여 회귀분석과 패널분석을 실시하였다.

본 연구의 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 기초생활수급권자의 비율과 보건분야 예산은 유의하지 않았다. 이는 회귀분석과 패널분석 모두 유의하지 않게 나타났다. 보건소 사업이 소외된 계층의 건강증진을 위해 실시되는 것임에도 불구하고 기초생활수급권자의 비율이 영향을 주지 않는 것으로 나타났다.

둘째, 회귀분석에서는 지방의회의 성향이 여당인 경우보다 중립인 경우에 보건분야 예산액이 유의하게 높았다. 이러한 결과는 예산 결정은 의회에서 이루어지기 때문에 의회의 정치 성향이 많이 반영됨을 알 수 있다. 또한 패널분석에서는 기초지방자치단

체장의 성향이 여당성향에서 야당성향으로 바뀔 때 보건분야 예산액이 더 많은 것으로 나타났다. 기초지방자치단체장의 성향이 해당 지역의 전반적인 정책 방향을 제시하기 때문에 예산액에 영향을 미친 것으로 판단된다. 이와 같이 기초지방자치단체의 정치적 성향이 여당성향일 경우 경제성장과 소득재분배 중 경제성장을 더 중요시함을 확인할 수 있다.

세 번째 건강도시를 실시유무와 보건분야 예산액 사이에는 관련이 없었다. 건강도시를 실시하는 주체는 대부분 보건소이며 건강도시 실시의 목적이 주민의 건강증진 및 건강수준의 향상을 위해 이루어지는 것임에도 불구하고 충분한 예산이 지원되지 않음을 알 수 있다.

따라서 각 기초지방자치단체는 소외계층 및 정치적 요인, 보건분야 요인 등을 고려하여 보건분야 예산액을 배정해야 한다. 현재 보건분야 예산액은 많은 요인들을 충분히 반영하지 못한 것으로 나타났다. 따라서 각 지역의 보건소 사업을 효율적으로 운영할 수 있도록 합리적인 보건분야 예산 배분이 이루어져 지역 주민의 건강증진 및 보건수준의 향상을 이룰 수 있도록 해야 한다.

I. 서론

1. 연구배경 및 필요성

우리나라는 1995년 지방의회 의원선거 및 자치단체장 선거 실시를 기점으로 지방자치시대가 시작되었다. 각 지방자치단체는 관할구역 내 지역주민의 욕구 충족, 지역경제 개발, 복지 증진 등을 위해 지방재정을 조달 및 관리하여 이를 정책 목표에 부합하게끔 지출하는 경제활동을 실행하는 주체이다. 이러한 지방자치시대에서 건전하고 합리적인 지방재정의 계획 및 지출의 중요성은 점점 더 커지고 있다.

이와 더불어 ‘국민건강증진법’ 과 ‘지역보건법’ 의 시행으로 지방자치단체에서는 지역주민의 건강증진을 위한 사업이 중요시 되었다. ‘국민건강증진법 제4조의2 1항’ 에 따라 지방자치단체는 국가에서 5년마다 수립하는 국민건강증진종합계획을 기초로 하여 소관 주요시책의 실행계획을 매년 수립·시행한다. 또한 ‘지역보건법 제3조 1항’ 에 의거하여 지역주민, 보건의료관련기관·단체 및 전문가의 의견을 들어 당해 시·군·구의 지역보건의료계획을 수립하고 시행한다. 이러한 법 조항을 근거로 기초지방자치단체의 보건의료분야 예산은 주로 보건소 사업에 사용된다(이미숙, 2008; 박삼영 외, 2013).

지방예산은 총 13개 분야 51개 부문으로 구성된 세출예산 기능별 분류 기준에 따라 배분이 되며, 보건분야는 보건의료부문과 식품의약품안전부문으로 구성이 되어 있다. 보건의료부문은 국민보건위생 및 건강증진을 위한 제반업무, 의료원·보건소·진료소 등 운영, 수도화분수화 사업, 응급의료정보센터·정신보건센터·보건환경연구원등 운영, 공중보건 및 공중위생관리, 전염병역학조사·관리, 생물테러감시, 한센병·희귀난치성환자 관리, 보건관련 연구개발비, 기타 보건행정비 등의 업무에 사용되고, 식품의약품 안전부문은 식품의약품안전에 관한 행정·관리·감독 및 규제, 식품·의약품·의료기기·화장품 관리, 의약품 관리 등을 감독 및 규제하는 업무에 사용된다. 하지

만 전체 보건예산 중 식품의약 안전부문에 배분되는 금액은 매우 적으며 보건의료부문에 대부분 예산이 배분되고 있다.

현재 지방재정 규모는 매년 증가하고 있고, 이에 따라 지방재정에 관한 연구가 많이 이루어지고 있다. 그러나 지방정부 재정지출의 결정요인 분석 및 기능별 세출예산 중 특히 사회복지지출 결정요인 분석 등의 연구는 많이 이루어지고 있지만 아직 보건 분야 예산에 대한 연구는 국내뿐만 아니라 국외에서도 미비한 실정이다.

2. 연구목적

본 연구는 전국 기초지방자치단체의 보건분야 예산에 영향을 주는 요인들을 파악하는 것이다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 전국 기초지방자치단체의 보건분야 예산 실태와 추이를 알아본다.

둘째, 2009년부터 2012년까지의 기초지방자치단체 보건분야 예산에 영향을 주는 요인을 파악한다.

II. 이론적 배경

1. 지방재정 및 지방 세출예산의 정의

재정이란 국가 또는 지방자치단체의 존립을 위해 재원을 획득하고 관리하는 것을 의미하며, 이는 중앙정부가 관할하는 국가재정과 지방자치단체가 관할하는 지방재정으로 나뉜다. 지방재정은 지역경제발전이나 지역주민의 복지증진에 주된 목적을 두고 있으며 지방적 투자·공공위생·교육·주택·지방적 산업개발 등의 사업은 중앙정부보다 지방자치단체가 운영하는 것이 행정능률을 가져올 수 있다(최봉석, 2009;52).

지방재정은 지방자치단체의 자치활동을 재정적 측면에서 파악한 것으로 지방자치단체가 행하는 예산, 결산, 회계 기타 재화에 관한 활동을 의미한다.

지방 세출예산은 지방자치단체가 행정 목적을 달성하기 위해 한 회계연도 내 지출되는 모든 경비를 의미한다. 안전행정부령 제1호 ‘지방자치단체 예산편성 운용에 관한 규칙’ 제3장 세출예산에는 “지방자치단체는 법령에 따른 경비와 업무추진비, 사회단체보조금, 지방의회 관련 경비 중 국외여비, 의정운영 공통업무추진비 및 기관운영 업무추진비, 통장·이장·반장의 활동보상금, 그 밖에 지방자치단체의 재정여건과 특성을 고려하여 안전행정부장관이 필요하다고 인정하는 경비를 제외한 경비에 대해서는 그 지방자치단체의 여건과 특성을 고려하여 합리적·객관적으로 세출예산을 편성하여야 한다.”고 규정하고 있다.

안전행정부훈령 제12호 ‘지방자치단체 예산편성 운영기준’에 따라 지방자치단체 세출예산은 기능별로 13개 분야 51개 부문으로 분류한다(표 1). 2012년도의 보건분야 총 예산액은 시 지역 7,990억원, 군 지역 4,701억원, 자치구 5,479억원이었으며 이 중 보건의료부문 예산액은 시 지역 7,798억원, 군 지역 4,583억원, 자치구 5,383억원이었다. 따라서 대부분의 보건분야 예산액이 보건의료부문에 할당됨을 알 수 있다(표 2).

표 1. 세출예산 기능별 분류

분야	부문	명 칭	분야	부문	명 칭	분야	부문	명 칭
010		일반공공행정(4)	070		환경보호(6)	110		산업·중소기업(6)
	011	입법 및 선거관리		071	상하수도·수질		111	산업금융지원
	013	지방행정·재정지원		072	폐기물		112	산업기술지원
	014	재정·금융		073	대기		113	무역 및 투자유치
	016	일반행정		074	자연		114	산업진흥·고도화
020		공공질서 및 안전(2)		075	해양		115	에너지 및 자원개발
	023	경찰		076	환경보호일반		116	산업·중소기업 일반
	025	재난방재·민방위	080		사회복지(8)	120		수송 및 교통(5)
050		교육(3)		081	기초생활보장		121	도로
	051	유아 및 초중등교육		082	취약계층지원		123	도시철도
	052	고등교육		084	보육·가족 및 여성		124	해운·항만
	053	평생·직업교육		085	노인·청소년		125	항공·공항
060		문화 및 관광(5)		086	노동		126	대중교통·물류 등 기타
	061	문화예술		087	보훈	140		국토 및 지역개발(3)
	062	관광		088	주택		141	수자원
	063	체육		089	사회복지 일반		142	지역 및 도시
	064	문화재	090		보건(2)		143	산업단지
	065	문화 및 관광일반		091	보건의료	150		과학기술(3)
				093	식품의약품안전		151	기술개발
			100		농림해양수산(3)		152	과학기술연구지원
				101	농업·농촌		153	과학기술일반
				102	임업·산촌	160		예비비(1)
900		기타		103	해양수산·어촌		161	예비비

자료: 안전행정부, 지방자치단체 예산편성 운영기준, 2013

표 2. 2012년 보건분야 세출예산

단위: 백만원

	합계	특별. 광역시	도	시	군	자치구
보건	3,253,264	699,730	736,337	799,078	470,121	547,998
보건의료	3,177,212	685,291	715,464	779,837	458,313	538,308
식품의약품안전	76,052	14,440	20,874	19,241	11,808	9,690

자료: 안전행정부, 지방재정연감, 2012

2. 재정지출 결정요인 이론

재정지출 결정요인에 관한 연구는 주로 공공정책결정요인 연구가 대부분이다. 이는 정부예산은 정책결정의 결과이고 실제로 거의 모든 정부의 공공정책이나 사업들을 실시할 때 재정지출의 수반이 필수적이기 때문이다(유병욱, 1990).

재정지출 결정요인은 사회·경제적 모형과 정치적 모형인 전통적 결정요인론으로 시작되었으나 전통적 결정요인론의 한계가 드러나며 대안적 결정요인론이 정립되었다(정현영, 2007). 대안적 결정요인론은 대리인 모형, 점증주의 모형, 재정능력 모형으로 구성된다. 하지만 각각의 결정요인론을 활용한 연구보다 좀 더 완전한 설명을 위해 모든 요인들이 포괄되는 통합적 결정요인론을 활용한 연구가 늘어나고 있는 추세이다.

현재 우리나라의 지방재정과 관련한 연구는 복지예산에 대한 연구가 대부분이며 본 연구 역시 복지분야예산에 영향을 미치는 요인들에 대한 선행연구 고찰을 통하여 모델을 설정하였다. 재정지출 결정요인론에 대한 선행연구들을 정리해보면 크게 사회·경제적 모형, 정치적 모형, 점증주의적 모형으로 나눌 수 있다.

2.1. 사회·경제적 모형

사회·경제적 모형은 지방정부 지출수준간의 차이를 각 지방의 사회·경제적 환경의 차이로 설명한다(Danziger, 1978). 또한 각 지방의 경제능력이 예산결정에 대한 일종의 제약조건이므로 각 지방정부의 경제능력으로 지방정부의 재정지출수준을 설명할 수 있다(Wildavsky, 1986).

우리나라에서는 기초지방자치단체를 시군구로 분리하여 보는데 이는 지방자치단체 유형별로 지출수준, 정치적/사회·경제적 환경조건의 차이가 상당히 크기 때문이다(남궁근, 1994). 이러한 자치단체의 유형은 도시화의 정도와도 관련이 있으며 대부분

의 연구에서 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다(이승중,2000; 강윤희,2003; 강혜규,2004; 이은영,2006; 김미혜 외,2009; 정윤미 외,2012; 박삼영,2012). 이는 도시화의 정도가 높은 자치구나 시 지역과 도시화의 정도가 낮은 군 지역간에 인구구조와 경제적인 부분에서 차이가 있기 때문이다.

또한 지방자치단체의 복지수요를 나타내는 사회·경제적 지표인 기초생활수급권자 비율과 노인인구비율이 대표적인 사회·경제적 모형의 지표로 활용되고 있다. 이는 사회복지정책이 소외계층인 기초생활수급권자와 노인인구를 대상으로 이루어지기 때문이다. 기초생활수급권자비율이 높을수록 복지분야 예산이 높게 나타나기도 하고(강윤희,2001; 강혜규,2004; 이은영,2006; 진재문,2006; 조수현,2009) 반대의 결과도 나타났다(이승중,2000; 김미혜 외,2009; 장동호,2011). 그리고 둘 간의 관계가 유의하지 않다는 연구결과도 있다(정헌영,1993; 남궁근,1994; 김교성 외,2007; 박삼영,2012; 이상범,2013). 이론적으로 정부의 사회복지정책이 기초생활수급자를 중심으로 여러 대상에게 확대제공 되기 때문에 기초생활수급자 비율은 지방자치단체의 복지수요를 나타내는 대표적인 지표이다. 따라서 기초생활수급자 비율이 높을수록 복지수요가 많아지고, 이로 인해 복지분야 예산은 증가하여야 한다. 하지만 기존 복지분야 예산액과 관련된 연구결과가 다양하게 나타난 것은 변수선택에 문제가 있거나 기초지방자치단체에서 복지분야의 예산을 책정할 때 복지정책을 필요로 하는 기초생활수급자를 고려하지 않았기 때문이다. 따라서 이에 대한 보다 정확한 연구가 필요하다.

노인인구비율 역시 연구들마다 상이한 결과를 보여주고 있는데 정적인 관계를 보인다는 연구(강혜규,2004; 이은영,2006; 이재완 외,2007; 조수현,2009) 와 부적인 관계를 보인다는 연구(박고은 외,2007; 박윤희,2012; 이상범,2013), 그리고 유의하지 않다는 연구(김병규 외,2009; 서상범 외 2010; 박삼영,2012)가 있다.

경제적 요인은 지방정부의 경제적인 능력을 나타내는 것으로 지방정부의 자율성이 증가하면서 지방정부의 경제적인 능력이 예산을 결정하는데 중요한 요인 중 하나이다(Sharkansky et al,1969; 한원택 외,1994).이들에 대한 결과들 역시 다양하게 나타났다. 재정능력과 사회복지재정 간에 정적인 관계가 있다는 결과도 있는 반면(김태일,1998; 손희준,1999; 강윤희,2001; 이재완 외,2007) 반대되는 결과도 있으며(김교

성 외, 2000; 강혜규, 2004; 진재문, 2006; 김미혜 외, 2009; 장동호, 2011; 정윤미 외, 2012; 박윤환, 2012), 둘 사이에 유의한 관계가 없다는 결과도 있다(이승종 외, 1992; 이승종, 2000; 김태일, 2000; 강윤희, 2001; 조수현, 2008; 박삼영, 2012; 이상범, 2013).

여러 변수에서 기존 논문들의 결과가 다양하게 나타난 이유는 선정된 독립변수와 종속변수의 차이로 설명할 수 있다. 특히 종속변수의 경우 복지분야 예산액, 1인당 복지분야 예산액, 복지분야 예산액 비율 등 매우 다양하게 나타난다. 이에 따라 연구 결과에 있어서도 상당한 차이를 보인다. 기초지방자치단체 및 지방정부간 예산액 차이를 비교하기 위해서는 가장 표준화된 변수인 1인당 예산액이 타당한 기준이 될 것이다(정현영, 1993).

2.2. 정치적 모형

정치적 모형은 지방정부 재정지출에서 정치적 변수를 강조하는 모형으로 주로 정당과 관련된 변수들이 많아 정당효과모형(political party effect model)이라고도 한다(Kleinman, et al., 1990). 특히 각 정당이 추구하는 정책적 방향이 진보인지 보수인지에 따라 경제성장을 중요시 하는지 소득재분배를 중요시 하는지 나뉘게 되며, 이는 지방정부의 복지정책 및 서비스 그리고 재정지출에 영향을 미치게 된다(Carmines, 1974; 정윤미 외, 2012).

정치적 요인은 일부 소수의 연구에서 사용하였으며 지방선거투표율, 단체장 소속정당, 의회의 성격 등의 변수를 사용하였다. 지방자치단체장의 정당(강혜규, 2004; 이재완 외, 2009; 조수현, 2009; 서상범 외 2010), 투표율(정현영, 1993; 임숙영, 1998; 손희준, 1999; 강윤희, 2003; 최재녕, 2005; 이은영, 2006; 서상범 외, 2010), 자치단체장 연임(박윤희, 2012) 대부분의 경우에서 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다.

기존의 논문에서 많이 사용한 지방자치단체장의 정당, 투표율, 자치단체장 연임은 예산 및 재정지출과 관련 없는 변수이기 때문에 영향을 미치지 못한 것이라 생각한다. 예산의 배정은 매년 의회에서 결정하는 부분이기 때문에 기존 논문의 변수들보다 의회의 성격을 나타내어주는 변수를 활용해야 의미 있는 결과가 나올 것이다. 또한 보건분야 예산액과 관련된 기존논문에서는 정치적 모형이 활용되지 않아 본 연구에서는 의회의 성격과 기초지방자치단체장의 정당을 변수로 설정하고자 한다.

2.3. 점증주의 모형

점증주의는 특정한 연도의 재정지출수준이 전년도 지출수준의 일정한 비율로 결정된다는 것이다. 즉 현재의 정부지출수준은 전년도 정부지출수준을 기반으로 하여 일정한 증가나 감소로 설명이 가능하다는 것이다(Wildavsky, 1986).

점증주의 모형에서 사용되는 변수는 전년도 결산액으로 이는 대부분 정적인 영향을 주는 것으로 나타났다(이승중 외, 1992; 봉민근, 1993; 정현영, 1993; 남궁근, 1994; 손희준, 1999; 김교성 외, 2000; 강윤희, 2001; 강혜규, 2004; 최재녕, 2005; 진재문, 2006; 박고은 외, 2007; 이재완 외, 2007; 김미혜 외, 2009; 서상범 외, 2010; 정윤미 외, 2012). 하지만 전년도 사회복지비율과 사회복지예산에는 유의한 관계가 없는 것으로 나타난 연구도 있었다(이은영, 2006).

2.4. 각 분야 특성에 따른 영향 요인

각 분야에 대한 특성이 지방자치단체의 예산에 영향을 미치는 요인으로 사회복지 분야에서는 문화기반시설수가 많아질수록 사회복지예산은 줄어들고 영유아보육시설이 늘어날수록 사회복지예산은 증가하는 것으로 나타났다(장동호, 2011). 또한 기초지방자치단체의 사회복지예산에 아동비율은 영향을 주지 않는 것으로 나타났지만(강혜규, 2004) 영유아비율은 정적인 관계가 있는 것으로 나타났다(이상범, 2013). 또한 아동복지재정에는 아동비율이 정적인 영향을 주는 것으로 나타났다(정윤미외, 2012).

문화분야 예산에서는 문화도시비전(시정지침의 표제 사용유무)을 가질 경우 문화예산이 많아지고 문화조례수와 정적인 관계를 가지는 것으로 나타났다(이병량 외, 2011). 또한 지역문화시설이 많을수록 문화예산이 많아지는 것으로 나타났다(박윤환, 2012). 문화분야 예산에서의 문화도시비전을 가질 경우 문화예산이 많아진다는 결과를 바탕으로 보건분야에서도 건강도시비전을 가질 경우 보건분야 예산이 많아지는 지 본 연구에서 알아보고자 한다.

보건분야 예산(박삼영, 2012)에서는 보건소 인력비율(보건소근무자수/기초자치단체 공무원수)가 높을수록 보건예산이 증가하였다. 주요 사망요인인 심장질환사망률, 뇌혈관질환사망률, 자살사망률은 유의하지 않은 것으로 나타났다. 이는 각 지역자치단체가 사망률을 줄이기 위하여 예방검사, 예방교육을 위해 예산투입을 증가시킬 것이라는 가설을 기각하는 결과이다. 이러한 결과가 나타난 이유는 보건분야 예산이 주로 사용되는 보건소 사업을 제대로 설명하는 변수를 선정하지 못하였기 때문이다.

2.5. 연구가설

이상의 이론적 고찰을 통하여 본 연구는 다음과 같은 가설을 설정하였다.

첫째, 기초생활수급권자의 비율이 높을수록 보건분야 예산이 높아질 것이다.

기존의 복지분야 예산액과 관련된 논문에서도 언급된 바와 같이 정부의 정책은 소외계층을 대상으로 이루어지기 때문에 기초생활수급권자 비율이 높을수록 예산액이 높게 나온 연구결과가 많았다(이승중, 2000; 강윤희, 2003; 강혜규, 2004; 이은영, 2006; 김미혜 외, 2009; 정윤미 외, 2012). 이를 보건분야 예산액에 적용하였을 때도 유의한 결과를 나타내는지 알아보고자 한다. 보건분야 예산은 주로 보건소에서 사용되며 보건소에서 실시하는 사업은 주로 소외된 계층을 위한 다각적 보건사업을 실시한다. 기초생활수급권자는 지역 내 소외된 인구집단이기 때문에 이들이 많을수록 보건분야 예산이 많을 것이다.

둘째, 지방자치단체의 정치적 성향에 따라 보건분야 예산이 다를 것이다.

기존 논문에서는 지방자치단체장의 정당, 투표율, 자치단체장 연임과 같은 변수를 사용하여 정치적 모형을 활용하였는데 대부분 유의하지 않은 것으로 나타났다. 이러한 이유가 예산배분은 대부분 지방의회에서 결정하기 때문이다. 따라서 본 연구에서는 정치적 성향을 의회의 정당성향과 지방자치단체장의 정당으로 구분하여 알아보고자 한다. 이 결과는 정당 성향에 따라 경제성장과 소득재분배 중 어느 것을 더 중요시하는지에 따라 차이가 날 것이다(Carmines, 1974; 정윤미 외, 2012).

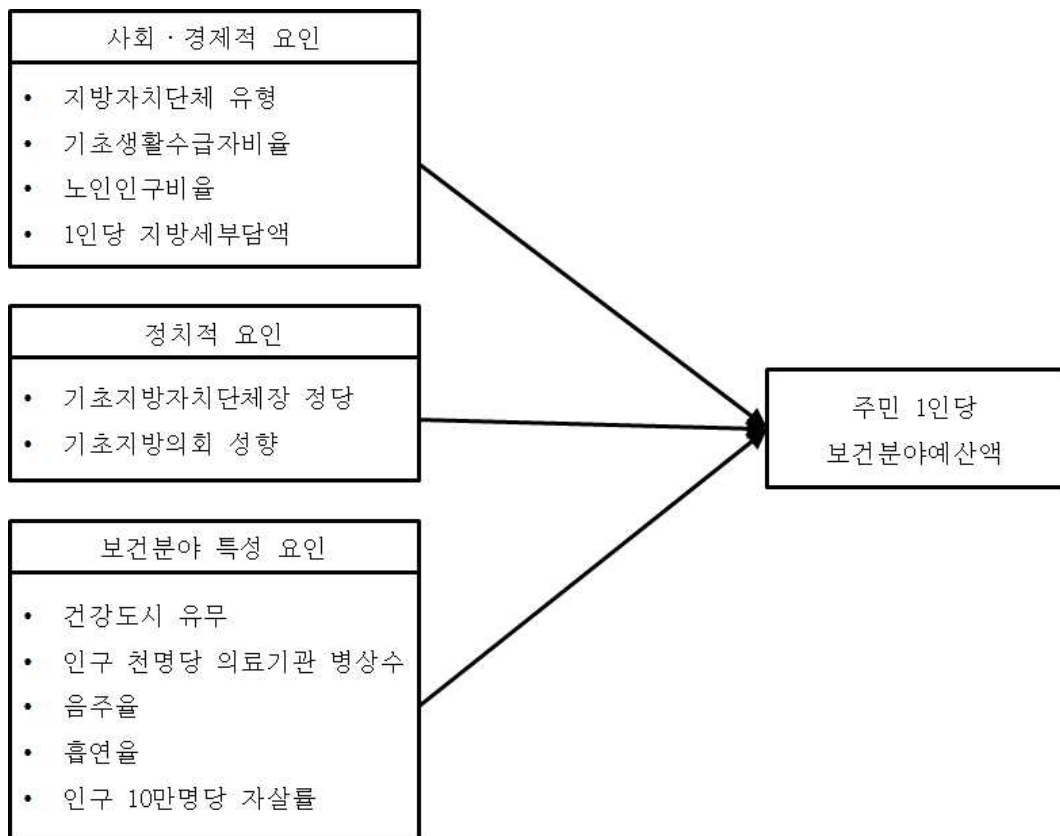
셋째, 건강도시를 시행하는 지방자치단체는 보건분야 예산이 많을 것이다.

기존의 문화분야 예산액에 관한 연구에서 문화도시비전을 가진 기초지방자치단체에서 문화예산이 많은 것으로 나타났다(이병량 외, 2011). 문화도시비전과 마찬가지로 보건분야에서는 건강도시를 실시하는 기초지방자치단체에서 보건분야 예산책정이 많이 되는지 알아보고자 한다. 이는 건강도시를 실시하기 위해서는 충분한 예산이 지원이 돼야 효율적으로 건강도시사업을 실시할 수 있기 때문이다.

III. 연구방법

1. 연구 모형

기초지방자치단체의 사회·경제적 요인, 정치적 요인, 보건분야 특성요인을 독립변수로 설정하였고, 주민 1인당 보건분야 예산액을 종속변수로 설정하였다. 보건분야 예산과 관련요인은 이론적 고찰을 통해 영향요인으로 선택된 변수를 사용하였으며 이를 근거로 한 분석틀은 다음과 같다(그림 1).



<그림 1> 연구 모형

2. 연구 대상 및 자료

본 연구는 전국 227개 기초지방자치단체를 대상으로 2009년부터 2012년까지 4개년도 자료를 수집하였다. 제주특별자치도는 자료가 시군구 단위로 제공되지 않아 제외하였으며 2012년에 출범한 세종특별자치시도 연구대상에서 제외되었다. 또한 2010년 행정구역이 통합된 통합창원시(창원시, 마산시, 진해시)의 경우 2009년 자료를 평균 또는 총합으로 통합하여 처리하였다.

보건의료 예산액과 주민 1인당 지방세 부담액 변수는 안전행정부 재정고 홈페이지의 자료를 활용하고 주민등록인구수, 노인인구비율, 흡연율, 인구 10만명당 자살률, 인구 천명당 의료기관 병상수는 통계청 자료를 이용하였다. 기초생활수급자비율은 보건복지부에서 매년 출간하는 국민기초생활보장 수급자 현황의 자료를 활용하였다. 중앙선거관리위원회의 자료를 이용하여 기초지방의회 의원의 정당과 기초지방자치단체장의 정당 변수를 설정하였고 건강도시 실시여부는 대한민국 건강도시 백서를 이용하여 변수 설정을 하였다.

3. 변수 선정

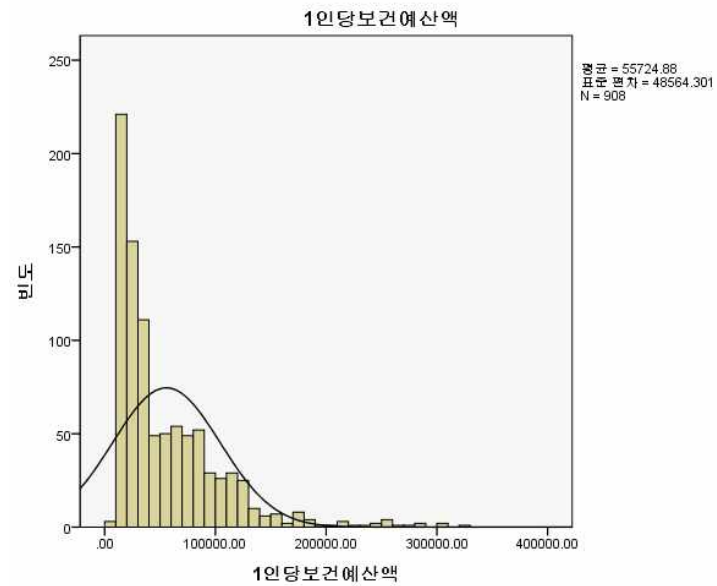
연구에 사용된 변수는 사회·경제적 요인, 정치적 요인, 보건분야 특성 요인으로 분류된다(표 3). 사회·경제적 요인으로는 기존의 복지예산 연구에서 많이 활용된 지방자치단체 유형, 노인인구비율, 기초생활수급자비율, 1인당 지방세부담액을 선정하였다. 지방자치단체 유형은 시 지역과 자치구를 하나로 묶고 군 지역은 따로 분석하였다. 노인인구와 기초생활수급권자는 지역 내 소외된 인구집단이다. 보건분야 예산은 주로 보건소에서 사용되며 보건소에서 실시하는 사업은 주로 소외된 계층을 위한 다각적인 보건사업을 실시되기 때문에 사회·경제적 변수로 선정하였다. 또한 기초지방자치단체의 경제적인 능력을 나타내는 지표 변수로 1인당 지방세부담액을 사용하였다.

정치적 요인으로는 기초지방의회의 성향과 기초지방자치단체장의 성향을 투입하였다. 이 때 의회는 전체 의원의 정당의 비율에 따라 여당성향, 중립성향, 야당성향으로 구분하였고 지방자치단체장 정당 역시 여당과 야당으로 구분하여 분석하였다. 본 연구 기간동안은 이명박 대통령 집권시기로 여당이 바뀌지 않았기에 정당 성향을 여당과 야당으로 구분을 하여도 무방하다.

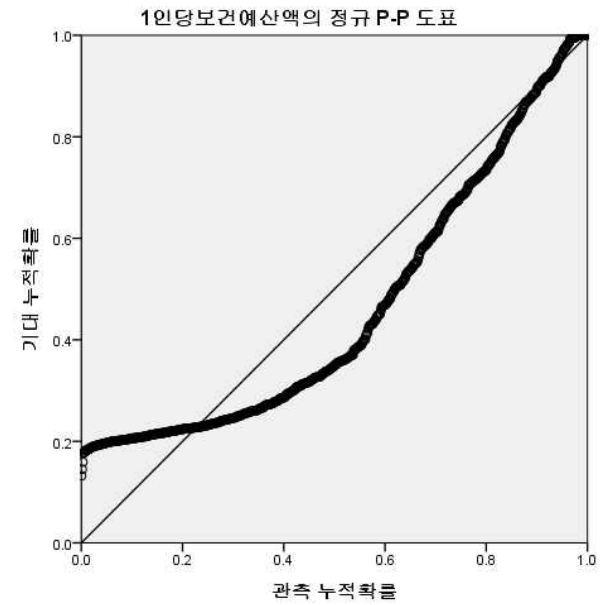
본 연구에서는 보건분야 특성요인으로 보건소 사업의 일부인 건강도시 실시여부, 음주율, 흡연율, 인구 10만명당 자살률을 변수로 투입하고자 한다. 또한 의료에 대한 접근성이 낮은 지역일수록 보건소의 기능이 중요하기 때문에 의료의 접근성을 나타내는 대리지표로 인구 천명당 의료기관 병상수를 투입하였다.

마지막으로 종속변수는 주민 1인당 보건분야 예산액은 기초지방자치단체의 보건분야 예산액에서 해당 지역의 인구수로 나눈 값이다. 이는 정규분포하지 않은 것으로 나타나 log로 치환하여 사용하였다(그림 2, 그림 3). <그림 2>는 주민 1인당 보건분야 예산액으로 히스토그램과 P-P도표 모두 정규분포를 하지 않은 것으로 나타났다. 하지만 log로 치환하여 나타낸 주민 1인당 보건분야 예산액은 <그림 3>과 같이 log로 치환하기 전의 주민 1인당 보건분야 예산액보다 정규분포하는 것으로 나타났으며 P-P도표에서도 기울기에 근접하게 나타났다.

1인당 보건의료예산액



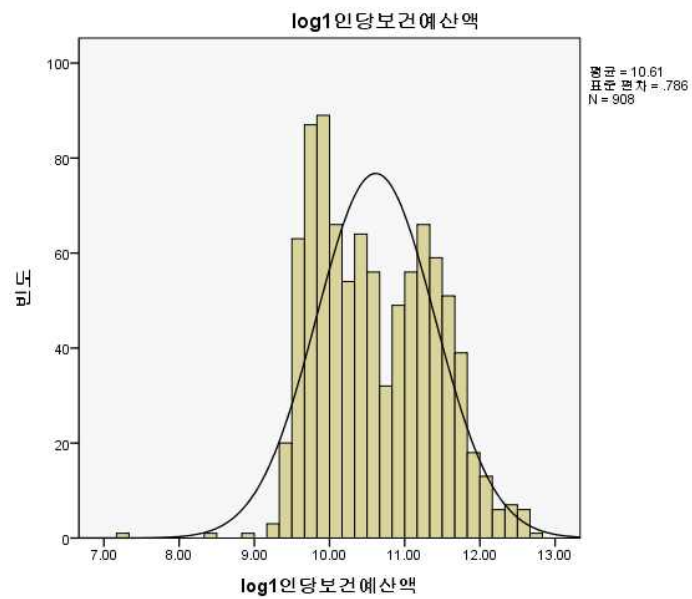
정규분포선과 히스토그램



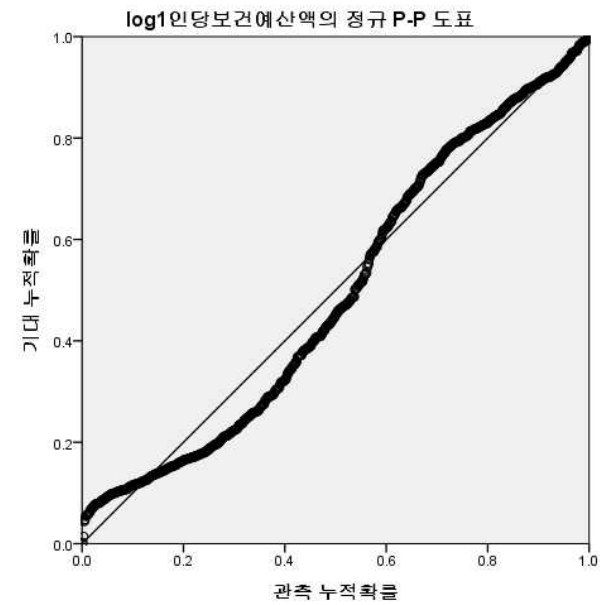
P-P도표

<그림 2> 1인당 보건의료예산액 정규분포 검증

log 치환 1인당 보건예산액



정규분포선과 히스토그램



P-P도표

<그림 3> log 치환 1인당 보건예산액 정규분포 검증

표 3. 변수 설명 및 출처

	변수	변수설명	자료출처
종속변수	주민 1인당 보건예산액	기초지방자치단체 보건예산 액/ 해당 지역 인구 수	안전행정부 재정고 홈페이지
독 립 변 수	사회 경제적 요인	자치단체유형	군(0), 시·자치구(1)
		노인인구비율	통계청 65세 이상 인구수/주민등록 인구 수*100(%)
		기초생활수급자 비율	보건복지부 국민기초생활보장 수급자 현황
		주민 1인당 지방세부담액	지방세 총액/주민등록인구 수 안전행정부 재정고 홈페이지
	정치적 요인	기초지방의회 성향	여당의원수/전체의원수 <0.5 여당성향 =0.5 중립성향(더미처리) >0.5 야당성향(더미처리)
		기초지방자치 단체장 정당성향	여당(0), 야당(1)
	보건분야 특성 요인	의료기관 병상수	인구 1,000명당 병상 수
		음주율	통계청 최근 1년동안 한 달에 1회 이상 음주한 사람 수/해당 지역 인구 수 * 100
		흡연율	통계청 평생 5갑 이상 흡연한 사람 중 현재 흡연하는 사람 수/ 해당 지역 인구 수 * 100
		자살률	자살자수/해당 지역 인구 수 * 100,000
		건강도시 실시여 부	건강도시연맹 가입여부 대한민국 건강도시 백서

4. 분석 방법

수집된 자료는 IBM SPSS 21.0과 STATA 11.0을 이용하여 분석하였으며 자세한 분석 방법은 다음과 같다.

첫째, 사회·경제적 요인, 정치적 요인, 보건분야 특성 요인을 파악하기 위해 빈도 분석을 실시하였다.

둘째, 지방자치단체 유형에 따른 1인당 보건분야 예산액과 보건분야 특성의 차이를 알아보기 위해 ANOVA를 실시하였다.

셋째, 각 요인들이 주민 1인당 보건분야 예산액에 미치는 영향을 분석하기 위해 위계적 다중회귀분석(hierarchical multiple regression analysis)을 실시하였다. 독립 변수로는 사회·경제적 요인(지방자치단체 유형, 노인인구비율, 기초생활수급자비율, 주민 1인당 지방세부담액), 정치적 요인(기초지방의회의 정치적 성향, 기초지방자치단체장 정당), 보건분야 특성 요인(인구 천명당 의료기관 병상수, 건강도시 실시여부, 음주율, 흡연율, 인구 10만명당 자살률)을 투입하였다.

넷째, 2009년부터 2012년까지의 시간의 흐름을 고려한 후 각 요인들이 주민 1인당 보건분야 예산액에 미치는 영향을 분석하기 위해 패널분석(panel Analysis)을 실시하였다. 패널분석시 고정효과모형(fixed effect)를 적용할 것인지 확률효과모형(random effect)을 적용할지는 Hausman test를 통해 판단하였다. 투입된 변수는 다중회귀분석 모형에서 투입한 변수와 동일하다.

IV. 연구 결과

1. 일반적 특성

일반적 특성은 분석대상인 227개의 기초지방자치단체의 특성들을 15개의 광역시·도로 분류하여 제시하였다.

1.1. 사회·경제적 요인의 특성

사회·경제적 요인의 특성에 대한 지역별 차이와 순위(괄호 안 숫자)를 <표 4>에 제시하였다. 기초생활수급자 비율과 노인인구 비율은 높은 값을 가진 지역을 우선순위가 높은 것으로 표시 하였으며, 1인당 지방세 부담액은 낮은 값을 가진 지역을 우선순위가 높게 표시하였다. 이를 통해 지역별 사회·경제적 요인에 의한 취약지역과 비취약지역을 구분할 수 있다.

우리나라의 평균 기초생활수급자비율은 4.02%였으며 광역 시도 단위에서는 경북 7.27%, 전북 6.26%, 전남 5.72%로 높았으며 울산은 1.4%로 전국에서 가장 낮은 지역으로 나타났다. 울산에 이어 기초생활수급자비율이 낮은 지역은 서울 1.95%, 경기 1.96%순이었다. 시군구 단위로 살펴보면 경북 군위군이 34.43%로 기초생활수급자비율이 매우 높은 지역이었으며 뒤를 이어 경북 고령군 26.25%, 경북 봉화군 12.01%로 상당한 높은 수치를 보였다. 반면에 기초생활수급자비율이 낮은 기초지방자치단체는 경북 구미시 0.45%, 경기 용인시 0.62%, 서울 서초구 0.64%, 경기 의왕시 0.87%순으로 나타났다.

전국의 평균 노인인구비율은 15.98%이며 광역 시도 단위에서는 전남이 23.51%로 가장 높게 나타났고 뒤를 이어 전북 22.26%, 경북 22.0%로 높았다. 반면 울산이 7.01%

로 노인인구비율이 가장 낮은 지역으로 나타났으며 대전이 9.15%, 광주 10.26%순이었다. 시군구 단위로 보면 전남 고흥군 32.45%, 경북 군위군 32.18%, 경북 의성군 32.17%, 경남 합천군이 31.35%로 노인인구비율이 높은 지역으로 나타났다. 노인인구비율이 낮은 지역으로는 울산 북구 5.35%, 울산 동구 5.61%, 울산 남구 6.07%, 경북 구미시 6.24% 순이었다.

1인당 지방세부담액은 전국 평균 318,400원이었으며 경기지역이 526,620원으로 1인당 지방세부담액이 가장 높았다. 경기도를 이어 충청북도가 410,560원이었으며 충청남도가 399,670원이었다. 반대로 광주는 85,500원으로 1인당 지방세 부담액이 가장 낮은 지역이었으며 대전이 107,150원, 대구가 149,440원으로 나타났다. 시군구 단위에서는 경기 연천군의 1인당 지방세 부담액이 953,500원으로 전국에서 가장 높았으며 서울 중구 875,500원, 경기 여주군 821,500원, 충북 진천군 772,750원순으로 1인당 지방세 부담액이 높았다. 1인당 지방세 부담액이 낮은 기초지방자치단체는 부산 북구 51,750원, 광주 남구 60,000원, 부산 영도구 61,000원, 대구 남구 61,250원순이었다.

지역별 사회·경제적 요인의 취약지역은 기초생활수급자 비율과 노인인구비율이 높고 1인당 지방세 부담액이 낮은 지역으로 전북, 경북, 전남, 광주 지역이었다. 반대로 기초생활수급자 비율과 노인인구비율이 낮고 1인당 지방세 부담액이 높은 지역은 경기, 울산, 서울 지역이었다.

표 4. 사회·경제적 요인 특성

지역	기초지방자치 단체(N)	기초생활수급자 비율(%(순위))	노인인구 비율(%(순위))	1인당 지방세 부담액(천원(순위))
전국	227	4.02	15.98	318.40
강원	18	4.29(5)	17.30(7)	351.31(11)
경기	31	1.96(13)	10.35(12)	526.62(15)
경남	18	4.12(7)	19.80(4)	364.94(12)
경북	23	7.27(1)	22.00(3)	308.41(9)
광주	5	4.33(4)	10.26(13)	85.50(1)
대구	8	4.17(6)	11.48(10)	149.44(3)
대전	5	3.14(11)	9.15(14)	107.15(2)
부산	16	4.08(8)	12.60(8)	150.06(4)
서울	25	1.95(14)	10.36(11)	220.58(5)
울산	5	1.47(15)	7.01(15)	259.65(7)
인천	10	2.69(12)	11.73(9)	242.75(6)
전남	22	5.72(3)	23.51(1)	327.99(10)
전북	14	6.26(2)	22.26(2)	287.75(8)
충남	15	3.53(10)	18.76(5)	399.67(13)
충북	12	3.96(9)	18.43(6)	410.56(14)

1.2. 정치적 요인의 특성

지방자치단체장 성향과 지방의회 성향으로 구성된 정치적 요인은 2006년 5월 31일에 실시한 제4회 지방선거와 2010년 6월 2일에 실시한 제5회 지방선거에 따라 특성이 다르게 나타났다. 예산편성의 경우 연초에 이루어지기 때문에 2009년, 2010년의 경우 4회 지방선거로 구성된 기초지방자치단체장과 의회에서 예산이 편성되며 2011년과 2012년은 제5회 지방선거에서 당선된 기초지방자치단체장과 의회에서 예산을 편성하였다.

먼저 지방자치단체장 성향(표 5)에서 4회 지방선거 결과로 전국에서 여당성향의 지방자치단체장이 153명으로 이는 227개 지방자치단체 중 67.4% 차지하였다. 반면에 5회 지방선거 결과는 여당성향의 지방자치단체장이 전국 지방자치단체의 36.1%에 해당하는 82명이었다. 4회 지방선거에 비해 여당성향인 단체장이 절반가량 줄어들었으며 이는 특히 경기, 서울, 인천지역에서 4회 지방선거에 비해 5회 지방선거에서 야당성향의 지방자치단체장이 많이 뽑힌 것으로 나타났다.

지방자치단체 의회성향(표 6)에서도 4회 지방선거에서는 66.5%로 과반수이상의 지역이 여당성향이였지만 5회 지방선거에서는 중립 및 야당성향의 의회가 63%로 나타났다. 이 역시경기, 서울, 인천지역의 결과가 영향을 미친 것으로 보인다.

표 5. 지방자치단체장 성향

단위: 명(%)

지역	4회 지방선거(2009년~2010년)		5회 지방선거(2011년~2012년)	
	여당	야당	여당	야당
전국	153(67.4)	74(32.6)	82(36.1)	145(63.9)
강원	18(100.0)	0(0.0)	10(55.6)	8(44.4)
경기	27(87.1)	4(12.9)	10(32.3)	21(67.7)
경남	12(66.7)	6(33.3)	11(61.1)	7(38.9)
경북	19(82.6)	4(17.4)	16(69.6)	7(30.4)
광주	0(0.0)	5(100.0)	0(0.0)	5(100.0)
대구	8(100.0)	0(0.0)	6(75.0)	2(25.0)
대전	5(100.0)	0(0.0)	1(20.0)	4(80.0)
부산	15(93.8)	1(6.3)	13(81.3)	3(18.8)
서울	25(100.0)	0(0.0)	4(16.0)	21(84.0)
울산	4(80.0)	1(20.0)	3(60.0)	2(40.0)
인천	9(90.0)	1(10.0)	1(10.0)	9(90.0)
전남	0(0.0)	22(100.0)	0(0.0)	22(100.0)
전북	0(0.0)	14(100.0)	0(0.0)	14(100.0)
충남	6(40.0)	9(60.0)	4(26.7)	11(73.3)
충북	5(41.7)	7(59.3)	3(25.0)	9(75.0)

표 6. 지방자치단체 의회 성향

단위: 명(%)

지역	4회 지방선거(2009년~2010년)			5회 지방선거(2011년~2012년)		
	여당	중립	야당	여당	중립	야당
전국	151(66.5)	13(5.7)	63(27.8)	84(37.0)	40(17.6)	103(45.4)
강원	11(61.1)	4(22.2)	3(16.7)	12(66.7)	6(33.3)	0(0.0)
경기	28(90.3)	3(9.7)	0(0.0)	9(29.0)	8(25.8)	14(45.2)
경남	16(88.9)	0(0.0)	2(11.1)	13(72.2)	3(16.7)	2(11.1)
경북	20(87.0)	1(4.3)	2(8.7)	18(78.3)	2(8.7)	3(13.0)
광주	0(0.0)	0(0.0)	5(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	5(100.0)
대구	8(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	5(62.5)	2(25.0)	1(12.5)
대전	4(80.0)	0(0.0)	1(20.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
부산	16(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	14(87.5)	2(12.5)	0(0.0)
서울	23(92.0)	2(8.0)	0(0.0)	7(28.0)	8(32.0)	10(40.0)
울산	3(60.0)	1(20.0)	1(20.0)	4(80.0)	1(20.0)	0(0.0)
인천	9(90.0)	1(10.0)	0(0.0)	1(10.0)	4(40.0)	5(50.0)
전남	0(0.0)	0(0.0)	22(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	22(100.0)
전북	0(0.0)	0(0.0)	14(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	14(100.0)
충남	6(40.0)	1(6.7)	8(53.3)	1(6.7)	3(20.0)	11(73.3)
충북	7(58.3)	0(0.0)	5(41.7)	0(0.0)	1(8.3)	11(91.7)

1.3. 보건분야 요인의 특성

보건분야 요인의 특성은 <표 7>에 정리하여 나타냈다. 각 보건분야 요인에 대해서도 지역별 순위를 제시하였다. 음주율, 흡연율, 인구 10만명당 자살률은 높은 값을 가진 지역을 우선순위가 높게 제시하였고 인구 천명당 의료기관 병상수는 낮은 값을 가질수록 우선순위를 높게 제시하였다..

먼저 건강도시 실시 여부는 2012년을 기준으로 표에 제시하였다. 전국에서 건강도시를 실시하고 있는 기초지방자치단체는 총 58개였으며, 이 중 20개가 서울에 위치하였다. 대구, 대전, 울산지역에서는 건강도시를 실시하는 기초지방자치단체가 없는 것으로 나타났다.

우리나라 전국의 평균 음주율은 53.55%였으며 울산이 60.04%로 가장 음주율이 높은 지역으로 나타났으며 뒤를 이어 서울 59.44%, 부산 58.95% 순으로 나타났다. 음주율이 가장 낮은 지역은 전북 44.67%, 전남 46.04%, 경북 49.23%였다. 시군구 단위로 보면 부산 사상구가 65.00%로 음주율이 가장 높은 지역이었으며 경남 창원시가 64.63%, 울산 남구 63.45% 순으로 나타났다. 음주율이 낮은 지역은 전북 진안군 37.53%, 전남 보성군 38.15%, 경북 영덕군 38.95%순이었다.

흡연율은 전국 평균 24.43%이며 가장 흡연을 많이 하는 지역은 인천이 26.53%, 강원 26.28%, 충북 26.11% 순이었다. 반면에 전남 21.74%, 전북 22.24%, 광주 22.4% 순으로 흡연율이 낮게 나타났다. 기초지방자치단체 단위에서는 강원 태백시 32.03%, 충북 음성군 30.63%, 경기 시흥시 30.53% 순으로 흡연율이 높은 지역으로 나타났고 경기 과천시 16.13%, 서울 서초구 18.48%, 전남 장흥군 19.43% 순으로 흡연율이 낮은 지역으로 나타났다.

전국 평균 자살은 인구 10만명당 36.56건이었다. 강원지역에서 인구 10만명당 자살이 48.97건으로 가장 높았으며, 이어 충남 47.59건, 충북 44.46건이었다. 자살률이 가장 낮은 지역은 울산 24.42건, 서울 26.18건, 광주 28.05건 순이었다. 시군구 단위에서는 충남 청양군 75.60건, 강원 영월군 72.60건, 충남 태안군 64.90건 순으로 인구 10만명당 자살이 많았으며 충남 계룡시 16.50건, 서울 서초구 17.83건, 경기 과천

시 18.97건으로 인구 10만명당 자살률이 낮은 것으로 나타났다.

마지막으로 인구 천명당 의료기관 병상수는 전국 평균 11.82개였으며 광주 19.30개, 대구 15.78개, 전남 15.76개 순으로 병상수가 많은 지역이었다. 반대로 병상수가 적은 지역은 서울 8.05개, 강원 8.59개, 경기 8.83개로 나타났다. 기초지방자치단체에서는 전남 화순군이 41.83개로 인구 천명당 병상수가 가장 많은 지역이었으며 뒤를 이어 대구 중구 40.56개, 광주 동구 37.55개 순으로 나타났다. 반면에 병상수가 적은 지역은 경기 과천시 0.20개, 경남 산청군 0.32개, 강원 양양군 0.93개 순이었다.

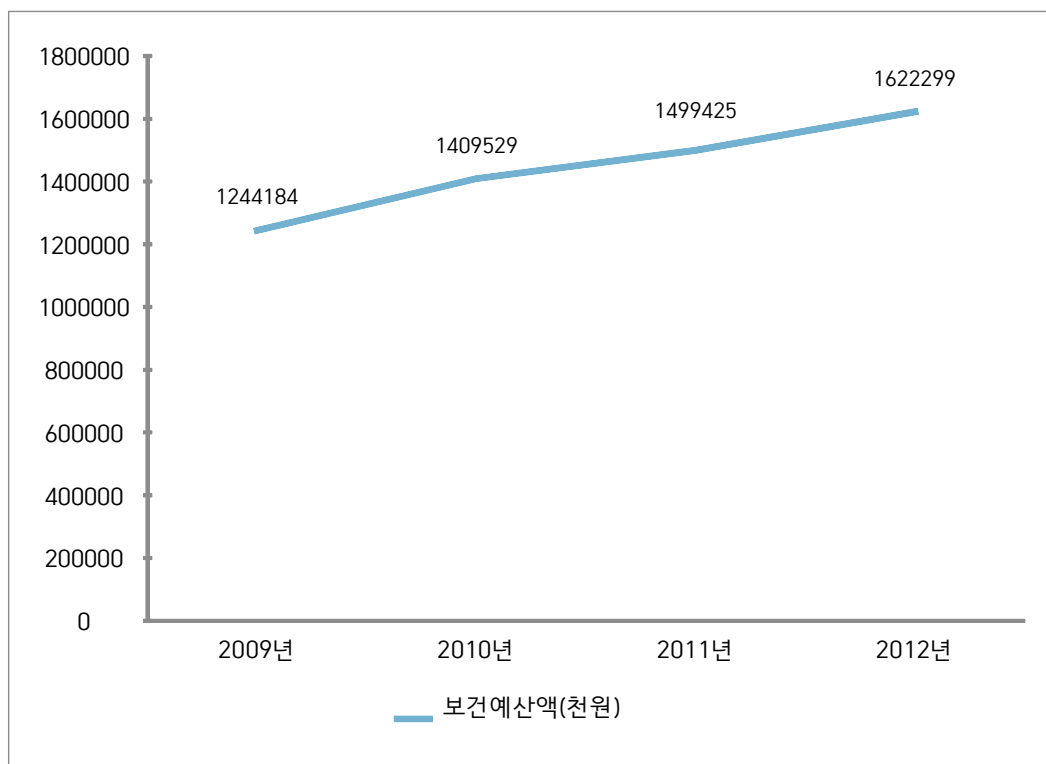
보건분야 요인의 취약지역은 음주율, 흡연율, 인구 10만명당 자살률이 높고 인구 천명당 의료기관 병상수가 낮은 지역으로 강원, 인천, 경기지역이 해당된다. 반대로 음주율, 흡연율, 인구 10만명당 자살률이 낮으며 인구 천명당 의료기관 병상수가 높은 지역은 전남, 광주, 전북 지역이었다.

표 7. 보건분야 요인 특성

지역	2012년 건강도시 n(%)		음주율 (%(순위))	흡연율 (%(순위))	인구 10만명당 자살률 (순위)	인구 천명당 의료기관 병상수 (순위)
	실시	미 실시				
전국	58(25.6)	169(74.4)	53.55	24.43	36.56	11.82
강원	3(16.7)	15(83.3)	55.14(9)	26.28(2)	48.97(1)	8.59(2)
경기	7(22.6)	24(77.4)	57.77(4)	25.67(5)	31.92(10)	8.73(3)
경남	5(27.8)	13(72.2)	51.11(11)	24.13(9)	38.54(6)	13.08(9)
경북	6(26.1)	17(73.9)	49.23(13)	24.69(8)	40.08(5)	11.65(6)
광주	3(60.0)	2(40.0)	56.93(6)	22.48(13)	28.05(13)	19.30(15)
대구	0(0.0)	8(100.0)	57.01(5)	25.19(6)	29.88(11)	15.78(14)
대전	0(0.0)	5(100.0)	56.08(7)	24.02(11)	29.18(12)	13.69(10)
부산	1(6.3)	15(93.8)	58.95(3)	25.16(7)	32.87(9)	15.73(12)
서울	20(80.0)	5(20.0)	59.44(2)	23.25(12)	26.18(14)	8.05(1)
울산	0(0.0)	5(100.0)	60.04(1)	25.87(4)	24.42(15)	9.86(5)
인천	1(10.0)	9(90.0)	56.10(8)	26.53(1)	34.31(8)	9.30(4)
전남	3(13.6)	19(86.4)	46.04(14)	21.74(15)	36.52(7)	15.76(13)
전북	3(21.4)	11(78.6)	44.67(15)	22.24(14)	42.32(4)	14.06(11)
충남	4(26.7)	11(73.3)	49.33(12)	24.03(10)	47.59(2)	11.93(7)
충북	2(16.7)	10(83.3)	52.55(10)	26.11(3)	44.46(3)	12.20(8)

1.4. 보건분야 예산

4개년도 보건분야 예산액의 추이를 살펴보면 <그림 4>와 같이 매년 증가하고 있다. 2009년의 보건분야 예산액은 12억 4000만원이었으며 2012년에는 16억 2000만원으로 증가하였다. 이와 같이 보건분야 예산의 규모가 증가함에 따라 보건분야 예산액의 증가를 가져오는 요인에 대한 연구가 필요하다.



<그림 4> 연도별 보건예산액 추이

보건분야 예산과 관련하여 보건분야 예산액, 전체 예산 중 보건분야 예산액이 차지하는 비율, 주민 1인당 보건분야 예산액을 지역별로 정리하여 <표 8>에 제시하였다.

전국의 보건분야 예산액은 평균 63억 6000만원이었고 이 금액은 전체 예산액의 1.77%에 해당하는 금액이다. 주민 1인당 보건분야 예산액은 평균 55,725원으로 나타

났다.

시군구를 광역시도 단위로 묶어 보았을 때 보건분야 예산액이 가장 높은 지역은 경기지역으로 92억 3500만원 정도로 나타났다. 경기지역을 이어 서울지역이 69억 8400만원, 경남지역 69억 5100만원으로 보건분야 예산액이 높은 지역으로 나타났다. 반면에 강원지역 40억 4700만원, 부산 42억 4400만원, 울산 49억 6700만원 순으로 보건분야 예산액이 낮은 것으로 나타났다. 보건분야 예산액을 시군구 지역 단위로 보면 경기 성남지역이 310억 800만원으로 가장 보건분야 예산액이 높은 지역으로 나타났고 뒤를 이어 경남 창원시 221억 6800만원, 경기 수원시 210억 2000만원 순으로 나타났다. 반면에 보건분야 예산액이 낮은 지역으로는 부산 중구 14억 5500만원, 충남 계룡시 18억 1700만원, 부산 동구 23억 3700만원 순으로 나타났다.

전체 예산 중 보건분야 예산액의 비율은 대전이 2.83%로 가장 높았으며 대구 2.55%, 울산 2.46%로 뒤를 이었다. 반면 강원 1.37%, 경기 1.49%, 경남 1.51%로 보건분야 예산액 비율이 낮게 나타났다. 이를 기초지방자치단체 단위로 보면 부산 강서구가 4.81%로 보건분야 예산액 비율이 가장 높은 지역이었으며 대전 유성구 4.06%, 대구 남구 3.72%로 나타났다. 기초지방자치단체에서 보건분야 예산액 비율이 낮은 지역은 경기 시흥시 0.83%, 경기 안성시 0.91%, 경기 파주시 0.92% 순이었다.

주민 1인당 보건예산액은 경북 97,572원, 전북 89,656원, 전남 83,752원 순으로 높았으며 서울 18,153원, 광주 20,214원, 울산 22,298원으로 주민 1인당 보건예산액이 낮은 지역으로 나타났다. 시군구 단위에서는 경북 울릉군 294,166원, 경북 영양군 222,088원, 인천 옹진군 209,720원 순으로 높았으며 서울 양천구 12,364원, 서울 강동구 12,718원, 부산 사하구 13,151원 순으로 낮게 나타났다.

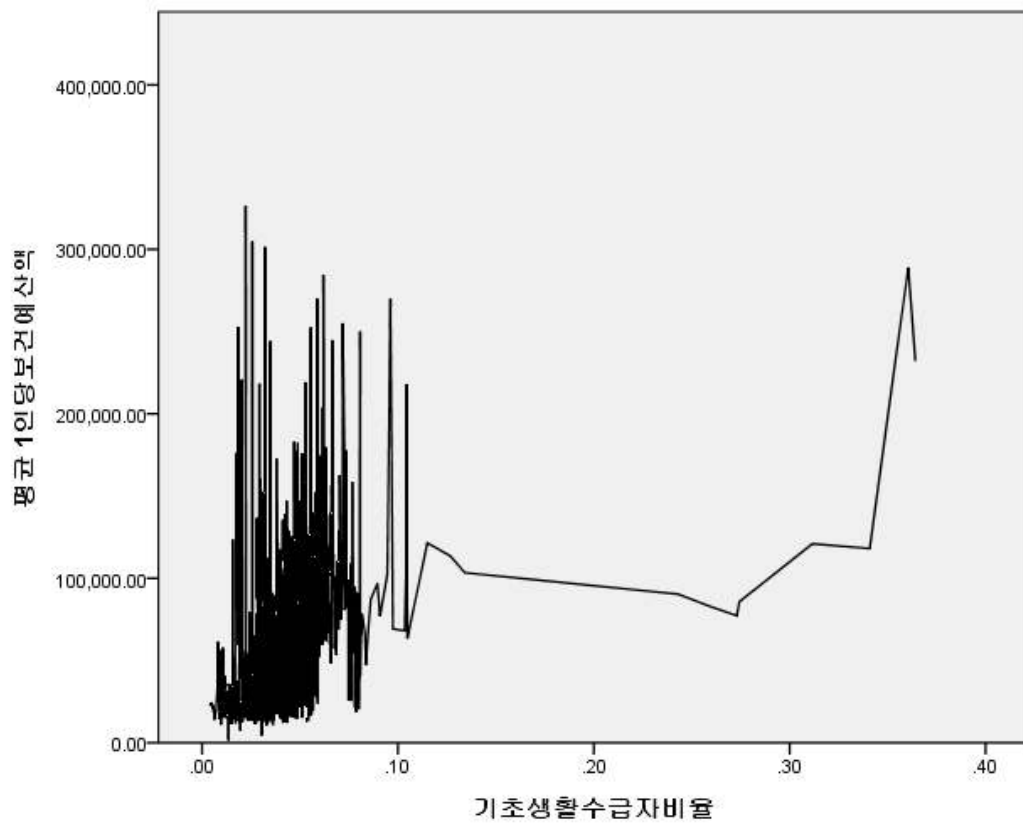
예산액과 예산액 비율의 경우 인구수가 많은 지역에서 더 높게 나타날 수 있기 때문에 본 연구의 분석에서는 인구수에 영향을 받지 않는 주민 1인당 보건분야 예산액을 보건분야 예산의 지표로 활용하였다.

표 8. 보건분야 예산

지역	4개년도	보건분야 예산액 비율	주민 1인당
	보건분야 예산액(원)	(%)	보건분야 예산액(원, 순위)
전국	6,360,613,436	1.77	55,724.88
강원	4,047,375,000	1.37	70,332.41(10)
경기	9,235,395,161	1.49	32,175.64(7)
경남	6,951,444,444	1.51	71,556.41(11)
경북	6,245,021,739	1.68	97,572.29(15)
광주	5,362,600,000	2.24	20,213.91(2)
대구	6,410,062,500	2.55	24,567.19(5)
대전	6,814,550,000	2.83	22,885.20(4)
부산	4,244,062,500	2.33	25,618.16(6)
서울	6,984,120,000	1.87	18,152.90(1)
울산	4,966,550,000	2.46	22,297.82(3)
인천	6,096,125,000	2.23	48,885.70(8)
전남	5,392,738,636	1.58	83,752.47(13)
전북	6,151,660,714	1.53	89,656.04(14)
충남	6,538,266,667	1.68	67,548.63(9)
충북	6,053,500,000	1.68	72,240.01(12)

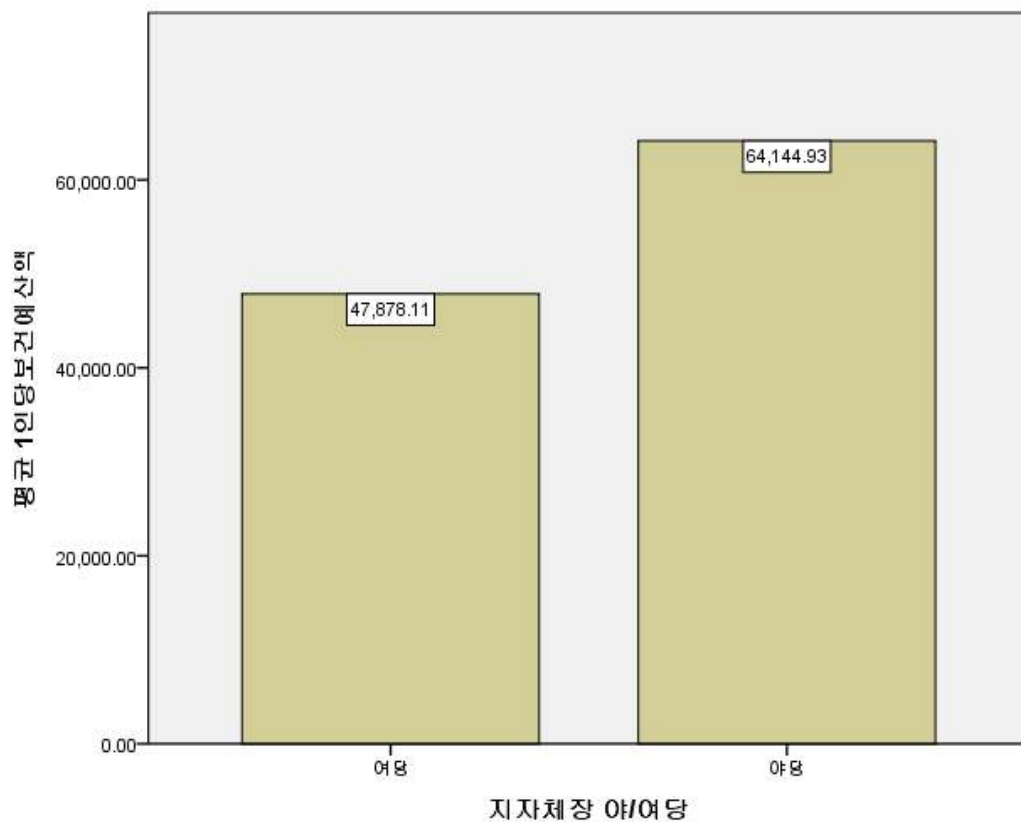
1.5. 가설에 따른 주민 1인당 보건분야 예산액

4개년 평균 1인당 보건분야 예산액을 각 가설에서 설정한 변수별로 도표화하여 나타냈다. 먼저 첫 번째 가설인 기초생활수급자 비율과 주민 1인당 보건분야 예산액간의 그래프는 다음과 같다(그림 6). 기초생활수급자 비율과 1인당 보건분야 예산액 사이에는 뚜렷한 증감이 나타나지 않았으며 일정한 패턴이 보이지 않았다.



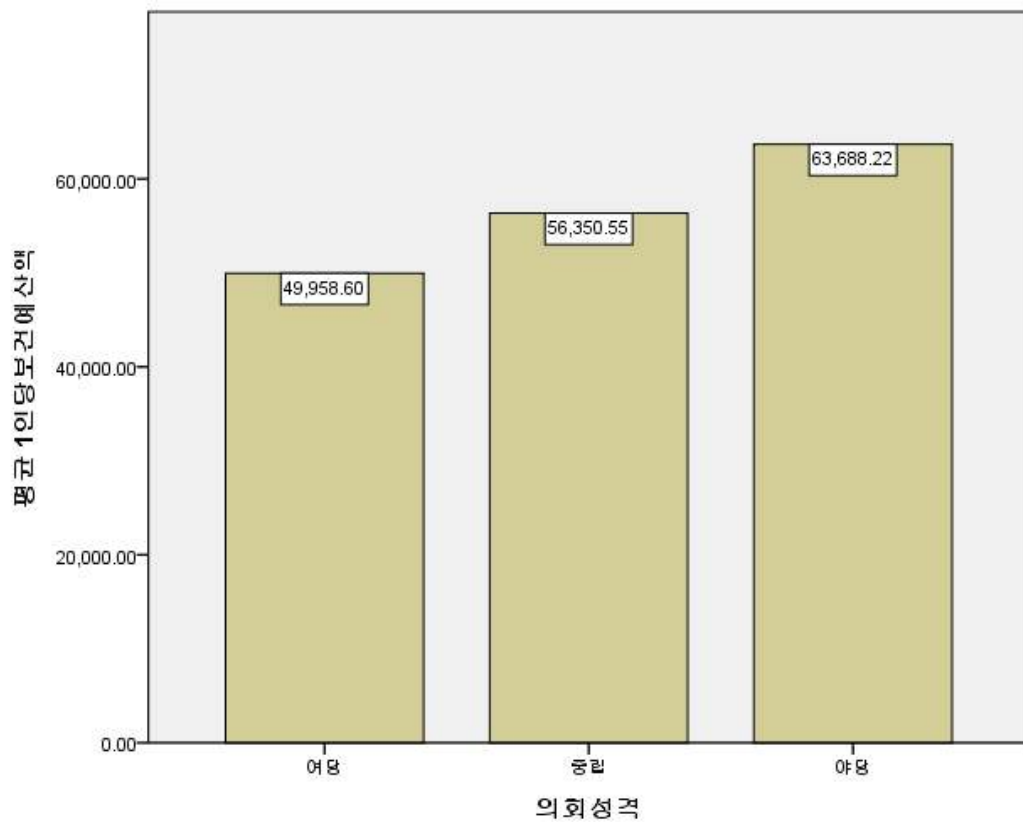
<그림 5> 기초생활수급자비율에 따른 평균 1인당 보건분야 예산액

두 번째 가설인 정치적 성향에 따른 평균 1인당 보건분야 예산액은 <그림 7>, <그림 8>과 같이 나타났다. 먼저 <그림 7>은 지방자치단체장의 정치적 성향에 따른 보건분야 예산액을 나타낸 그래프이다. 지방자치단체장의 정치적 성향이 여당인 경우보다 야당인 경우에 평균 주민 1인당 보건분야 예산액이 많은 것으로 나타났다. 여당의 경우 평균 47,878원인 반면 야당의 경우 평균 64,144원이었다.



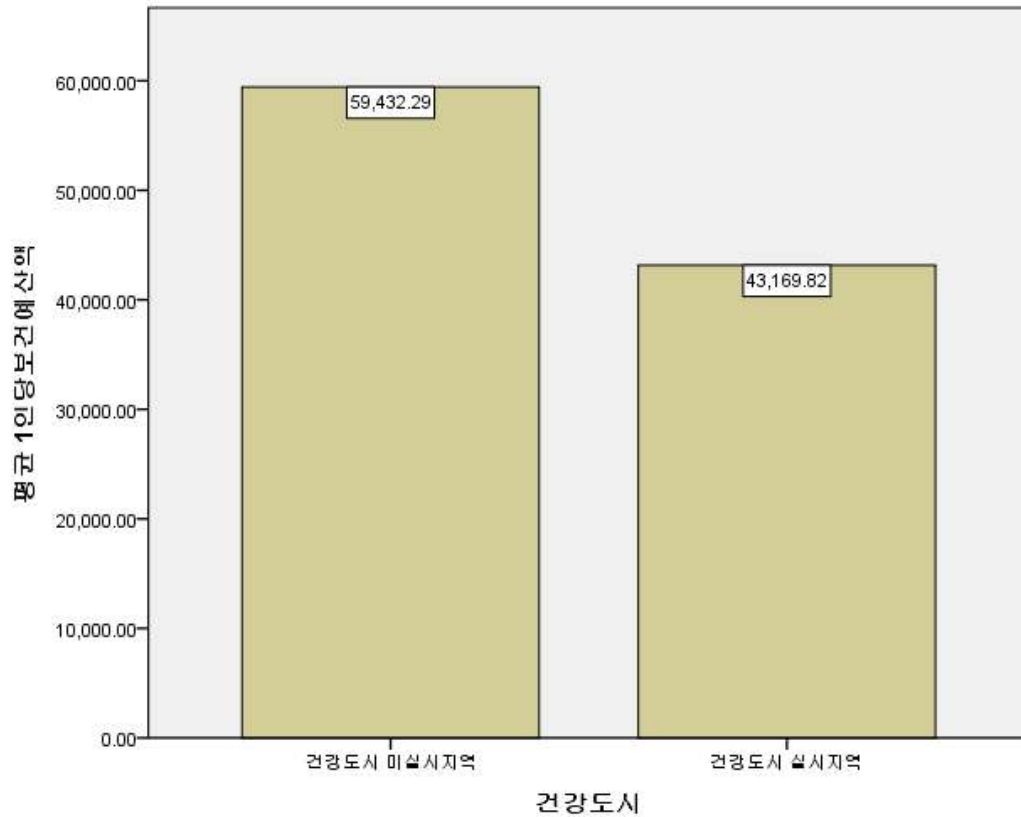
<그림 6> 지방자치단체장의 정치적 성향에 따른 평균 주민 1인당 보건분야 예산액

<그림 8>은 지방의회의 정치적 성향에 따른 1인당 보건분야 예산액으로 이 역시 여당인 경우보다 중립이거나 야당인 경우에 더 높게 나타났다. 여당의 경우 평균 49,958원인 반면 중립에서는 56,350원, 지방의회가 야당성향인 지역은 63,688원으로 나타났다.



<그림 7> 지방의회의 정치적 성향에 따른 평균 주민 1인당 보건분야 예산액

마지막 가설인 건강도시 실시여부에 따른 보건분야 예산액의 현황은 <그림 9>에 제시하였다. 건강도시를 실시하는 지역에 비해 미실시 지역에서 보건분야 예산액이 높게 나타났다.



<그림 8> 건강도시 실시여부에 따른 평균 1인당 보건분야 예산액

앞서 제시한 가설에 따라 1인당 보건분야 예산액의 차이를 알아보았다. 하지만 이러한 값들은 일반적인 사실을 서술한 값이다. 따라서 이러한 보건분야 예산액의 차이가 통계학적으로 의미가 있는지 알아봐야 한다.

2. 주민 1인당 보건분야 예산액 관련 요인

2.1. 상관관계 분석 및 다중공선성

주민 1인당 보건분야 예산액에 영향을 주는 요인을 알아보기 위해 투입되는 독립변수들 사이에 상관관계가 높을 경우 다중공선성이 발생할 수 있다. 다중공선성이 생기면 추정된 회귀계수의 표준오차가 커지게 되고 정확한 해석을 하는데 어려워진다. 따라서 독립변수들 간의 관계를 파악하고자 Pearson 상관계수와 VIF(분산팽창인자, Variance Inflation Factor)를 확인하였다.

상관관계 분석 결과 <표 9>에서 제시한 것과 같이 상관관계가 가장 높은 것은 노인 인구비율과 음주율로 상관계수가 -0.815였다. 하지만 <표 10>을 보면 모든 독립변수들의 VIF 값이 10보다 낮게 나타났다. 따라서 다중공선성 문제가 심각하지 않은 것으로 판단하여 모든 변수를 독립변수로 설정하고 회귀분석을 실시하였다.

표 9. 독립변수 간 상관관계

	시, 구/군	노인인구 비율	기초생활 수급자 비율	1인당 지방세 부담액	지방의회 성향	지자체장 성향	건강도시	음주율	흡연율	인구 10만명당 자살률	인구 천명당 병상수
시, 구/군	1										
노인인구 비율	-.786**	1									
기초생활수급자 비율	-.389**	.567**	1								
1인당 지방세 부담액	-.131**	-.048	-.138**	1							
지방의회 성향	-.193**	.217**	.089**	.001	1						
지자체장 성향	-.207**	.246**	.112**	.021	.657**	1					
건강도시	.170**	-.172**	-.158**	-.024	.021	.017	1				
음주율	.667**	-.815**	-.465**	-.024	-.254**	-.240**	.199**	1			
흡연율	.142**	-.299**	-.088**	.194**	-.273**	-.291**	-.065	.361**	1		
인구 10만명당 자살률	-.561**	.592**	.341**	.075*	.077*	.078*	-.170**	-.475**	.074*	1	
인구 천명당 병상수	.080*	.123**	.104**	-.011	.171**	.087**	-.084*	-.100**	-.033	.017	1

주 *:p<0.05 **:p<0.01 ***:p<0.001

표 10. 다중공선성 진단 결과

변수	VIF	변수	VIF
기초생활수급자 비율	1.55	건강도시	1.08
지방의회 성향	1.87	지자체장 성향	1.85
시,구/군	3.29	흡연율	1.48
노인인구 비율	6.12	인구 10만명당 자살률	1.77
1인당 지방세 부담액	1.17	인구 천명당 병상수	1.17
음주율	3.32		

2.2. 위계적 다중회귀분석 결과

주민 1인당 보건분야 예산액에 영향을 주는 요인을 알아보기 위해 4개년도를 종합하여 위계적 다중회귀분석 결과는 <표 11>에 제시하였다.

Model 1에서는 사회·경제적 요인을 독립변수로 한 회귀분석을 실시하였다. 지방자치단체 유형(시,구/군), 노인인구비율, 1인당 지방세부담액이 통계적으로 유의했고 기초생활수급자 비율은 통계적으로 유의하지 않았다. Model 1의 수정결정계수는 0.785로 나타났다.

Model 2에서는 정치적 요인을 추가하여 실시하였으며 사회·경제적 요인은 Model 1과 동일한 변수들이 통계적으로 유의하였고 정치적 요인에서는 지방의회 성향 중 여당/중립 여부만 유의하게 나타났으며 이는 여당에 비해 중립의 지방의회에서 주민 1인당 보건분야 예산액이 높았다. 수정결정계수는 첫 번째 모델보다 0.003 높은 0.787로 나타났다.

최종모델인 Model 3에서는 보건분야 요인까지 투입하였다. 사회·경제적 요인과 정치적 요인은 이전 모델에서와 동일한 변수들만 유의하게 나타났으며 보건분야 요인에서는 흡연율, 인구 10만명당 자살률, 인구 천명당 병상수가 통계적으로 유의하게 나

타났다. 수정결정계수는 0.793으로 Model 2에 비해 0.008 높아졌다.

최종모델의 사회·경제적 요인 중에서는 기초지방자치단체 유형이 군(郡)지역보다 시(市) 또는 구(區)지역의 주민 1인당 보건분야 예산액이 적었으며 노인인구비율, 1인당 지방세부담액과 주민 1인당 보건분야 예산액 사이에는 양의 편상관관계를 나타냈다.

정치적 요인에서는 지방의회 성향이 여당인 경우보다 중립인 경우에 주민 1인당 보건분야 예산액이 많았으며 지방자치단체장 성향이나 야당성향의 지방의회에서는 통계적으로 유의하지 않았다.

마지막으로 보건분야 요인에서는 음주율, 흡연율, 인구 10만명당 자살률, 인구 천명당 병상수가 통계학적으로 유의했으며 흡연율과 인구 10만명당 자살률은 주민 1인당 보건분야 예산액과 양의 편상관관계를 보였다. 음주율과 인구 천명당 병상수는 주민 1인당 보건분야 예산액과 음의 편상관관계를 나타냈다.

표 11. 주민 1인당 보건분야 예산액 관련 요인 위계적 다중회귀분석

구분	Model 1(Beta)	Model 2(Beta)	Model 3(Beta)
기초지방자치단체 유형 (기준:군 지역)	-.205***	-.197***	-.145***
기초생활수급자 비율	.021	.023	.012
노인인구비율	.684***	.688***	.672***
1인당 지방세부담액	.197***	.198***	.186***
지방자치단체장 성향		-.007	.003
지방의회 성향 (기준:여당)	중립	.054***	.057***
	야당	.027	.041
건강도시 실시여부			-.024
음주율			-.053
흡연율			.048**
인구 10만명당 자살률			.051*
인구 천명당 병상수			-.053***
adj R ²	.785	.787	.793
adj R ² change	-	.003	.008
F	828.372***	479.123***	290.978***

주 *:p<0.05 **:p<0.01 ***:p<0.001

2.3. 패널분석 결과

패널분석의 결과는 <표 12>에 제시하였다. 패널분석시 고정효과모형(Fixed effect)를 적용할 것인지 확률효과모형(Random effect)를 적용할지는 Hausman test를 통해 판단하였다. Hausman test 결과 유의확률이 0.05보다 작게 나와 귀무가설인 ‘오차항과 독립변수 간에는 상관관계가 존재하지 않는다(확률효과모형 적용).’가 기각되었으며 본 연구에서는 고정효과모형을 사용하였다. 고정효과는 연도별로 변화하지 않는 부분은 제외되어 순수하게 연도별 변화요인이 종속변수에 영향을 주는 효과만을 판단하는 기법이다.

주민 1인당 보건분야 예산액과 통계적으로 유의한 관계를 나타내는 변수는 노인인구비율, 지방자치단체장 성향, 음주율, 흡연율, 인구 10만명당 자살률이었다. 노인인구비율, 지방자치단체장 성향, 음주율, 인구 10만명당 자살률은 양(+)의 관계, 흡연율은 음(-)의 관계로 나타났다.

패널분석으로 추정된 모형의 적합성은 74.2%로 나타났고 일반 회귀분석이 아닌 패널분석을 실시하여 설명할 수 있는 분산의 비율(rho)은 80.8%이다.

표 12. 주민 1인당 보건분야 예산액 관련 패널분석(고정효과 모형)

구분		Coef.
기초지방자치단체 유형 (기준:군 지역)		-.355
기초생활수급자 비율		-3.942
노인인구비율		.108***
1인당 지방세부담액		.000
지방자치단체장 성향(기준:여당)		.068***
지방의회 성향 (기준:여당)	중립	-.063
	야당	-.057
건강도시 실시여부		.014
음주율		.007***
흡연율		-.016***
인구 10만명당 자살률		.002*
인구 천명당 병상수		.003
sigma_u		.415
sigma_e		.202
rho		.808
overall R ²		.742
F		16.69***
Hausman Test		68.15***

주 *:p<0.05 **:p<0.01 ***:p<0.001

V. 고찰

1. 연구결과에 대한 고찰

본 연구는 2009년부터 2012년까지의 안전행정부 재정고 홈페이지, 통계청, 국민기초생활보장 수급자 현황, 중앙선거관리위원회, 대한민국 건강도시 백서의 자료를 활용하였다. 227개의 기초지방자치단체를 대상으로 주민 1인당 보건분야 예산액에 영향을 주는 요인을 위계적 다중회귀분석과 패널분석을 통해 알아보았다. 패널분석의 경우 기존 논문들에서 이루어지지 않은 분석방법으로 본 연구에서의 새로운 시도이다. Hausman test 결과 고정효과모형이 최적모형임을 확인하였다.

매년 보건분야 예산액이 증가하고 있으며 이에 맞게 보건분야 예산과 관련된 연구가 필요한 실정이다. 하지만 보건의료예산과 관련된 선행연구는 지금까지 한 편(박삼영, 2012) 뿐이었으며 정치적 요인, 보건소 사업 관련 요인이 포함되지 않았다. 따라서 본 연구에서는 주민 1인당 보건의료예산액을 종속변수로 설정하고 영향을 주는 요인을 사회·경제적 요인, 정치적 요인, 보건 관련 요인으로 분석하고자 하였다. 그리고 보건분야 예산에 관한 선행연구는 거의 이루어지지 않아 사회복지예산에 영향을 미치는 요인분석에 관한 연구 결과와 비교하여 고찰하였다.

지역별로 사회·경제적 요인과 보건분야 요인에 대해서는 취약지역과 비취약지역을 알아보았다. 특히 보건분야 요인의 취약지역은 강원도의 경우 인구 10만명당 자살률은 전국 1위였으며 흡연율은 2위로 높았다. 인구 천명당 의료기관 병상수는 전국 광역자치단체에서 두 번째로 낮은 지역으로 나타나 보건분야가 매우 취약한 지역이었다. 반면에 전남의 경우 흡연율은 광역자치단체에서 가장 낮았으며 음주율은 두 번째로 낮은 지역이었다. 또한 인구 천명당 의료기관 병상 수 역시 많은 지역에 해당되었다.

위계적 다중회귀분석에서 최종모델의 설명력은 79.3%였다. 사회·경제적 요인만 투

입하였을 때 78.5%의 설명력을 가졌으며 정치적 요인과 보건분야 요인은 각각 0.3%, 0.8%정도의 추가 설명만 이루어졌다. 이는 보건분야 예산액에 있어 가장 중요한 요인은 사회·경제적 요인이며 정치적 요인과 보건분야 요인은 보건분야 예산액에 미미한 영향을 주는 것이다. 패널분석의 설명력은 82.6%로 이는 일반 회귀분석이 아닌 패널 분석을 실시하여 설명할 수 있는 비율이다.

사회·경제적 요인에서 군 지역보다 시 지역이나 자치구가 주민 1인당 보건분야 예산액이 적은 것으로 나타났고 지방자치단체 유형에 따라 사회복지예산에 유의한 영향을 준다는 기존논문들의 결과와 일치하였다(이승중,2000; 강운호,2003; 강혜규,2004; 이은영,2006; 김미혜 외,2009; 정윤미 외,2012; 박삼영,2012). 기초생활수급권자의 경우 보건분야 예산과 통계적으로 유의하지 않았으며 복지분야 예산 관련 연구에서도 기초생활수급자가 통계적으로 유의하지 않게 나온 연구들이 있었다(정헌영,1993; 남궁근,1994; 김교성 외,2007; 박삼영,2012; 이상범,2013). 본 연구의 가설로 지정했던 기초생활수급자비율이 높은 지역일수록 보건분야 예산액이 증가할 것이라는 것은 기각되었는데 이는 중요한 시사점을 제공한다. 보건소 사업은 소외된 계층의 건강증진을 위해 다각적인 보건사업을 실시해야한다. 하지만 본 연구 결과 각 지역이 기초생활수급자의 비율이 보건분야 예산액에 영향을 주지 않는 것으로 나타났다. 따라서 매년 보건분야 예산 책정 시 지역의 기초생활수급자를 고려하여 예산을 배정하면 좀 더 효율적인 보건소 사업이 진행될 수 있을 것이다.

이 외에 노인인구비율에서는 사회복지예산과 정적인 관계를 보인다는 연구와 일치하였다(강혜규,2004; 이은영,2006; 이재완 외,2007; 조수현,2009). 패널분석에서도 노인인구비율은 유의하게 나타났는데 노인인구비율이 높아질 때 보건분야 예산액이 높아지는 것으로 나타났다. 마지막으로 1인당 지방세부담액의 경우 기존의 연구와 마찬가지로 양의 관계로 나타났다(김태일,1998; 손희준,1999; 강운호,2001; 이재완 외,2007). 사회·경제적 요인에서는 결과적으로 이는 병/의원이 많은 도시 지역보다 시골지역의 보건분야 예산액이 많았으며 노인인구가 많을수록 보건분야 예산액이 증가하였다.

정치적 요인은 기존 논문에서는 많이 사용하지 않은 변수들이었다. 본 연구에서는

지방자치단체장 성향과 지방의회의 성향으로 구분하여 분석하였다. 지방의회의 성향이 여당인 경우보다 중립인 경우에 보건분야 예산액이 유의하게 높음을 알 수 있었다. 이는 지방자치단체장의 정당은 유의하지 않게 나온 기존 연구와 동일(강혜규, 2004; 이재완 외, 2009; 조수현, 2009; 서상범 외, 2010)하였으나 지방의회의 성향에 따라서는 보건분야 예산에 차이가 있었다. 패널분석에서는 회귀분석과 달리 지방자치단체장의 성향이 여당에서 야당으로 바뀔 때 보건분야 예산액이 많이 배분되었다. 회귀분석에서 지방의회의 성향에 따라 보건분야 예산액에 차이가 나타난 것은 예산 편성은 각 기초지방자치단체 의회에서 결정하기 때문이다. 패널분석에서 기초지방자치단체장의 성향이 변화함에 따라 보건분야 예산액에 차이가 나타난 것은 단체장의 성향이 그 지역의 전반적인 정책 방향이 정해지기 때문에 성향의 변화가 예산액에 영향을 미친 것이다. 따라서 여당성향인 경우보다 중립성향인 지방의회에서, 지방자치단체장이 여당성향에서 야당성향으로 변화할 때 보건분야 예산액이 더 많은 것으로 나타난 이유를 여당성향이 경제성장과 소득재분배 중 경제성장을 좀 더 중요시하기 때문이라고 도출할 수 있다.

보건분야 요인으로서는 건강도시 실시여부, 음주율, 흡연율, 인구 10만명당 자살률, 인구 천명당 병상수를 투입하였다. 기존 논문에서는 보건소인력비율, 심장질환사망률, 뇌혈관질환사망률, 자살사망률을 변수로 설정하였지만 보건소인력비율을 제외한 나머지 변수들은 통계적으로 유의하지 않았다(박삼영, 2012). 본 연구모형에 설정한 마지막 가설인 ‘건강도시를 실시하는 지역일수록 보건분야 예산액이 높을 것이다.’는 유의하지 않은 것으로 나타났다. 이 결과는 보건분야 예산 결정과정에서의 문제를 보여준다. 기초지방자치단체에서 실시하는 건강都市는 시민의 건강증진 및 건강수준 향상을 위해 실시되며 대부분의 건강都市가 보건소를 통해 이루어진다. 따라서 건강都市가 제대로 이루어지려면 충분한 보건분야 예산액이 지원되어야 하는데 본 연구의 결과에 따르면 건강都市 실시여부와 보건분야 예산액 사이에는 관계가 없는 것으로 나타났다. 따라서 건강都市를 실시하는 기초지방자치단체에서는 예산 편성시 보건분야 예산을 좀 더 편성하여 건강都市가 더욱 활발히 진행되어 주민들의 건강증진 향상을 이룰 수 있도록 해야 한다.

또한 흡연율과 인구 10만명당 자살률이 높을수록 보건분야 예산액이 많았다. 패널 분석에서도 10만명당 자살률이 높아질 때 보건분야 예산액이 증가하였다. 하지만 흡연율이 증가할 때는 보건분야 예산액이 낮아졌다. 이는 보건소에서 실시하는 보건 사업 중 금연사업과 자살예방사업을 중점으로 하고 있으며 자살에 대한 문제에 대해서는 변화에 대해서도 즉각적으로 반응하고 있음을 알 수 있다. 패널분석에서 흡연율과 보건분야 예산액이 역의 관계가 나타난 것은 흡연율 자체가 전국적으로 줄어들고 있는 상황에서 매년 보건분야 예산액은 증가하여 역의 관계로 나타날 수 있다. 회귀분석에서 인구 천명당 병상수가 많을수록 보건분야 예산액이 적은 것으로 나타났다. 병상수가 많은 지역은 의료에 대한 접근성이 높은 지역으로 해석할 수 있으므로 의료에 대한 접근성이 낮은 지역에서 보건분야 예산액이 많게 나타났다. 의료에 대한 접근성이 낮은 지역일수록 보건소 기능의 중요성이 커짐을 알 수 있다.

2. 연구의 제한점

본 연구의 제한점으로는 첫째, 자료수집의 제한으로 인해 보건분야 예산이 보건의료 예산과 식품의약품안전 예산으로 나뉘어도 불구하고 본 연구에서는 식품의약품안전 예산을 고려하지 못하였다.

둘째, 기존 연구의 부족으로 보건분야 예산에 영향을 미치는 독립변수 선정의 문제이다. 기존 연구에서 보건분야 예산에 관한 연구는 1건 뿐이었으며 독립변수로 사용된 변수의 대부분이 보건분야 예산에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 하지만 본 연구에서 새로이 변수를 선정하여 분석한 결과 많은 변수들이 유의한 것으로 나타나도 모형의 적합도도 높게 나왔지만 보건소 사업이 여러 종류로 시행되고 있는 것을 참고하여 더 다양한 변수로 연구할 필요성이 있다.

셋째, 보건소 사업의 종류가 많을수록 보건분야 예산이 많아질 수 있다. 하지만 본 연구에서는 자료의 제약으로 각 지역의 보건소의 보건사업의 종류를 조사할 수 없었다. 향후 연구에서는 각 지역의 보건소 사업의 종류나 개수를 파악하여 추가적인 연구를 진행해볼 수 있다.

VI. 결론

지방자치시대에서 지방재정의 계획 및 지출은 매우 중요하며 이는 건전하고 합리적으로 이루어져야 한다. 정부는 ‘지역보건법’과 ‘국민건강증진법’의 제정으로 각 지역 보건소에서 지역특성에 맞게 종합적인 지역보건사업을 실시하도록 함으로서 보건소의 역할 및 책임을 강화시키고 있다. 각 지역에서 양질의 보건사업이 제공되기 위해서는 충분한 예산이 배분되어야 한다. 하지만 보건분야 예산에 대한 연구는 매우 미비한 실정이다. 보건분야 예산에 영향을 주는 요인을 찾아 보건분야 예산 계획이 적절하게 이루어지도록 해야 한다.

이러한 취지해서 본 연구는 기초지방자치단체의 보건분야 예산에 관련된 요인을 알아보았다. 본 연구의 주된 결과는 다음과 같다.

첫째, 소외된 계층이 많은 지역에 보건분야 예산액 배분이 제대로 이루어지지 않았다. 노인인구비율이 많은 지역에서는 보건분야 예산액이 높게 나타났지만 기초생활수급권자비율이 높은 지역에서는 보건분야 예산액이 유의하지 않았다.

둘째, 지방의회의 성향이 여당일 경우보다 중립일 경우 통계적으로 보건분야 예산액이 더 높았으며, 통계적으로 유의하진 않지만 야당일 경우에도 여당인 경우보다 보건분야 예산액이 높았다. 이는 연구기간동안 여당은 한나라당/새누리당으로 소득재분배보다는 경제성장을 더 중요시하는 성향이 있기 때문에 소득재분배를 중요시하는 야당성향으로 갈수록 보건분야 예산액이 많아진다.

셋째, 건강도시를 실시하는 지역과 보건분야 예산액이 유의하지 않았다. 이는 건강도시를 실시하는 지역의 보건분야 예산액이 실시하지 않은 지역과 크게 차이가 나지 않았다. 하지만 흡연율, 인구 10만명당 자살률이 높은 지역일수록 보건분야 예산이 많이 나타났으며 해당 지역의 심각한 보건문제에 대해 보건소 사업이 체계적으로 잘 이루어짐을 알 수 있다.

넷째, 의료에 대한 접근성이 낮은 지역에서 보건분야 예산액이 더 높았다. 의료에 대한 접근성이 낮은 군 지역과 인구 천명당 병상수가 적인 지역일수록 보건분야 예산

액이 더 높았다. 이는 접근성이 낮은 지역에서는 보건소의 기능이 중요하기 때문에
배정된 예산액이 더 많음을 의미한다.

따라서 각 기초지방자치단체에서는 소외계층의 현황 및 보건분야 요인 등을 고려하
여 보건분야 예산액을 배정해야 한다. 이를 통해 보건 수요를 충족시키고 각 지역의
보건소 사업을 효율적으로 운영할 수 있다. 또한 합리적인 보건분야 예산 배분으로
지역 주민의 건강증진 및 보건수준의 향상의 결과를 가져올 수 있다.

참고문헌

- 강윤희. (2000). 지방자치와 기초자치단체의 사회복지정책 정향: 시,군,자치구간 비교분석. 한국행정학보, 34(1), 213-227.
- 강윤희. (2001). 지방자치실시가 지방정부 사회복지지출에 미친 영향: 공공선택론적 접근의 시도. 지방정부연구, 5(1), 109-126.
- 강윤희. (2003). 지방정부 재정지출의 특성. 한국정책회보, 12(1), 2003.
- 강인재. (1987). 지방정부 공공지출의 결정요인과 결정과정에 관한 연구. 서울대학교 행정대학원 박사논문.
- 강혜규. (2004). 지방정부 사회복지 지출 결정요인-기초자치단체 세출예산의 규모와 구조를 중심으로-. 연세대학교 대학원 박사논문.
- 김교성, 이재완. (2000). 지방정부 사회복지비 지출수준의 결정요인 분석. 한국사회복지학, 41, 68-92.
- 김미혜, 박은주, 김민경. (2009). 재정분권 이후 지방자치단체의 사회복지예산 변화에 대한 결정요인 연구. 사회복지정책, 36(4), 189-213.
- 김성중, 신주연. (2003). 지방재정지출의 결정요인 연구. 공공정책연구, 14, 3-23.
- 김수완. (1998). 한국 지방자치제가 지방정부의 복지예산에 미친 영향에 관한 연구. 서울대학교 석사논문.

- 김태일. (1998). 지방자치의 실시가 기초자치단체의 사회복지지출에 미친 영향: 사회복지비 지출을 대상으로. 한국행정학회 2000년도 추계학술대회 발표논문집, 351-369.
- 남궁근. (1994). 우리나라 지방정부 지출수준의 결정요인 분석: 시·군·자치구의 기초자치단체를 중심으로. 한국행정학보, 28(3), 1-27.
- 대한민국건강도시협의회. (2013). 대한민국 건강도시 백서. 대한민국건강도시협의회
- 민인식, 최필선. (2009). STATA 패널데이터 분석. 서울: 한국 STATA 학회.
- 박고운, 박병현. (2007). 지방자치단체의 사회복지재정에 영향을 미치는 요인. 사회복지정책, 31, 423-451.
- 박삼영. (2012). 기초지방자치단체 보건소 예산 지출수준의 결정요인. 건양대학교 보건복지대학원 석사논문.
- 박윤환. (2012). 지방자치단체 문화예산의 결정요인에 대한 연구: 재원구조와 활동유형을 중심으로. 행정논총, 50(2), 201-226.
- 보건복지부. (2009-2012). 국민기초생활보장 수급자 현황. 보건복지부
- 봉민근. (1993). 지방정부의 사회복지재정지출의 결정요인에 관한 연구. 중앙대학교 대학원 석사논문.
- 손희준. (2010). 지방자치제 실시에 따른 지방재정지출의 결정요인분석. 한국행정학보, 33(1), 81-97.

- 유재원. (1999). 단체장 민선이후 자치단체의 정책변화: Peterson의 도시한계론 검증. 한국정책학회보, 8(3), 79-09.
- 이병량, 박윤환. (2011). 문화도시는 문화에 돈을 쓰는가?: 지방자치단체의 문화예산 결정요인에 관한 연구. 지방행정연구, 25(1), 215-240
- 이상범. (2013). 지방자치단체의 재정력과 사회복지예산 결정요인에 관한 연구: 시군구를 중심으로. 한국지방재정학회 동계학술대회 발표논문집, 1-25.
- 이승중. (2000). 지방자치와 지방정부의 복지정책정향. 한국행정학보, 34(4), 196-215.
- 이승중, 김홍식. (1992). 지방자치와 지방정부의 정책정향-복지서비스 기능을 중심으로. 한국행정학보, 26(2), 573-589.
- 이재완, 김교성. (2007). 지방자치단체 사회복지지출 수준의 결정요인 분석: 1995-2005. 사회복지정책, 31, 105-124.
- 이은영. (2005). 지방자치제도가 지방자치단체의 사회복지예산에 미친 영향에 관한 연구-1989년부터 2002년의 지방자치단체 사회복지예산을 중심으로-. 가톨릭대학교 사회복지대학원 석사논문.
- 임숙영. (1998). 지방자치단체의 사회복지비 지출 결정요인에 관한 연구-시·도·자치구 기초자치단체를 중심으로. 서울대학교 보건대학원 석사논문.
- 장동호. (2011). 지방자치단체 사회복지 예산 비중의 결정요인 탐색: 일반행정비의 경직성을 고려한 분석. 사회과학연구, 35(1), 127-155.

정윤미, 강현아. (2012). 지방정부의 아동복지재정에 영향을 미치는 요인: 기초자치단체 아동복지세출예산을 중심으로. 사회복지정책, 39(1), 283-308.

정헌영. (1993). 한국 시정부 복지지출수준의 결정요인. 성균관대학교 대학원 박사논문.

정헌영. (2007). 지방재정지출의 결정요인. 한국학술정보(주).

조수현. (2009). 지방정부 사회복지예산 결정의 메커니즘과 구조적 맥락. 지방행정연구, 23(2), 101-131.

진재문. (2006). 지방정부의 사회복지예산 결정요인 연구: 1995-2003 광역시·도를 중심으로. 사회복지정책, 24, 5-30.

최재녕. (2005). 지방정부의 재정능력과 복지재정지출 결정요인 연구: 기초자치단체를 중심으로. 한국정책과학학회보, 9(4), 451-474.

최충익. (2008). 패널모형: 시계열 분석과 횡단면 분석을 한번에. 국토 (구 국토정보), (구 국토정보다이제스트), 120-127.

Carmines, E. C. (1974). The Mediating Influence of State Legislatures on the Link between Interparty Competition and Welfare Policies, The American Political Science Review, 1118-1124.

Danziger, J. N. (1978). Making budgets: public resource allocation. Sage Publications.

- Jones, B. D. (1982). Assessing the products of government. *Analyzing Urban Service Distributions*, edited by Richard C. Rich, 155, 70.
- Kleinman, M., Eastall, R., & Roberts, E. (1990). What Determines Local Authorities' Capital Expenditure on Housing? An Evaluation of Various Models. *Urban Studies*, 27(3), 401-419.
- Osman, J. W. (1968). On the use of intergovernmental aid as an expenditure determinant. *National Tax Journal*, 437-447.
- Rich, M. J. (1989). Distributive politics and the allocation of federal grants. *The American Political Science Review*, 193-213.
- Sharkansky, I., & Hofferbert, R. I. (1969). Dimensions of state politics, economics, and public policy. *The American Political Science Review*, 867-879.
- Wildavsky, A. B. (1986). *Budgeting: A comparative theory of the budgeting process*. Transaction Publishers.

ABSTRACT

The determinants of health care expenditure in local government

Ko, Eun Bi

Dept. of Health Administration

The Graduate School

Yonsei University

The main objective of this study is to identify the determinants of the health care budget in 227 local governments. For the analysis, the data was collected from Ministry of Security and Public Administration, the Statistic Korea, Ministry of Health and Welfare, National Election Commission. And the period of data collection is 4 years(2009-2012).

In this study, the hypothesis are as follows. First, the higher proportion of recipient of national basic livelihood guarantees in local government is, the more health care budget will have. Second, the type of political governance in local governments will make the different the health care budget. Third, the local government to conducting a healthy city will have more health care budget.

The variables were set by the theories of determinants of government spending. The independent variables were classified with 3 factors, such as social and economic factors(type of local government, the elderly population ratio, the percentage of recipient of national basic livelihood guarantees,

local tax burden per resident), political factors(political orientation of the local council, heads of local governments' political party), health care factors(the number of beds per 1,000 population, healthy city status, drinking rate, smoking rate, suicide rate per 100,000 population). The dependent variable is health care budget per capita in each local governments. In order to find out the determinants of health care budget, a hierarchical regression analysis and panel analysis were used.

The result of this study is as follows;

First, the percentage of recipient of national basic livelihood guarantees and health care budget is not significant statistically in regression analysis and panel analysis. Even though health center project is implemented to improve the health of isolated region, the health center project does not have any effect on the proportion of recipient of national basic livelihood guarantees.

Second, in the hierarchical regression analysis, the health care budget was significantly higher when the political governance of the local council was the neutral than the ruling party. This result shows that the political governance of the congress is reflected on the budget determination since the budget is determined by congress. In panel analysis, when the party of head in local government was changed from the ruling party to the opposition party, health care budget had increased. This is likely because the health care budget is determined by the heads of local government. Thus, if the political governance of local government is the ruling party, they prefer the economic growth to the income redistribution.

Third, there is no relation between whether or not a healthy city and the health care budget. The main agent of healthy city project is mostly health center. Although the purpose of healthy city project is to promote the local residents' health and to improve the health level, there are no more enough

budgetary supports for that.

Conclusively, the health care budget must be allocated by each local government with consideration of a neglected class of people, political factors and health care factors. However, up to recently many factors are not reflected on the health care budget. In order to conduct local health center projects efficiently, the health care budget must be reasonably allocated. Then it will lead the local residents' health promotion and improve the health level.

Key words : health care expenditure, health care budget, local government budget